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

РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС КАРДИОЛОГОВ

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

Генеральный спонсор: **КРКА**
Главные спонсоры: **АКРИХИН - Польские лекарства**
АстраЗенека
Берингер Ингельхайм
Никомед
санофи-авентис груп
Сервье
Фармстандарт

Приложение 1 к журналу
«Кардиоваскулярная терапия и профилактика» 2008, 7 (6)

Москва 2008

Организационный комитет Российского национального конгресса кардиологов

Сопредседатели:
Скворцова В.И.
Чазов Е.И.

Заместители сопредседателей:
Оганов Р.Г.
Колтунов И.Е.

Ответственный секретарь:
Мамедов М.Н.

Члены оргкомитета:
Андреева И.Л.
Беленков Ю.Н.
Бойцов С.А.
Габинский Я.Л.
Гуревич М.А.
Довгалевский П.Я.
Иоселани Д.Г.
Карпов Р.С.
Кательницкая Л.И.
Лазебник Л.Б.
Люсов В.А.
Мартынов А.И.
Орлов В.А.
Поздняков Ю.М.
Сельцовский А.П.
Семенов В.Ю.
Чазова И.Е.
Шальнова С.А.
Шляхто Е.В.
Якушин С.С.

Научный комитет

Председатель:	Беленков Ю.Н.
Заместитель председателя:	Бубнова М.Г.
Секретарь:	Карамнова Н.С.
Члены научного комитета:	Александров Ан.А. Аронов Д.М. Бритов А.Н. Грацианский Н.А. Гуревич М.А. Дегтярева Е.А. Затейщиков Д.А. Кухарчук В.В. Лякишев А.А. Мареев В.Ю. Марцевич С.Ю. Небиеридзе Д.В. Оганов Р.Г. Сулимов В.А. Чазова И.Е. Шальнова С.А.

Конкурс молодых ученых

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

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

РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС КАРДИОЛОГОВ
6-8 октября 2009 г., г. Москва

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в Российском национальном конгрессе кардиологов, который состоится 6-8 октября 2009 года в г.Москве, в Новом здании Президиума Российской академии наук по адресу: Ленинский проспект, 32А; проезд: ст. метро «Ленинский проспект».

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.

Регистрационный взнос (не включает стоимость опубликования тезисов) должен быть перечислен на счет ВНОК до 1 июня 2009г – 1600 руб., с 1 июня до 1 сентября 2009г – 2000 руб, с 1 сентября 2009 г -2400 руб.

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

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

ВНИМАНИЕ! Почтовые денежные переводы в качестве оплаты НЕ ПРИНИМАЮТСЯ!

Зарегистрироваться можно по адресу **registrasiya@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 Банка России, ИНН 7720029912, КПП 772001001

Пожалуйста, указывайте в квитанции назначение платежа. Например: оргвзнос за участие Иванова И.И. в конгрессе кардиологов 2009; взнос за публикацию тезисов Иванова И.И. в материалах конгресса кардиологов 2009.

Правила оформления тезисов

Тезисы должны быть получены Оргкомитетом **до 15 апреля 2009 г.**

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 пт, 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: **tesisi@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**)

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

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

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

Пример оформления тезисов:

ИНФАРКТ МИОКАРДА ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ (точку не ставить)

Иванов И.И., Петров П.П., Сидоров С.С.

ФГУ «ГНИЦ ПМ», 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 10 апреля 2009 г., с пометкой "На конкурс" в 2-х экземплярах следующие документы:

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

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

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

• направление от учреждения,

• рекомендация научного руководителя

Работа допускается к финалу конкурса по итогам предварительной независимой экспертизы.

Результаты экспертизы будут размещены на сайте **http://www.cardiosite.ru** после 20 июля 2009 г.

Процедура финала 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.

Внимание! Согласно постановлению оргкомитета один участник может выступать с докладами (в том числе быть председателем) не больше 5 раза. Председательство и доклад на одном заседании оценивается как одно выступление.

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

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

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

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

Адрес Оргкомитета:
101990, г.Москва, Петроверигский пер. 10, каб 231 (ФГУ «ГНИЦ ПМ»)
Оргкомитет конгресса кардиологов
Ответственный секретарь – д.м.н. Мамедов Мехман Ниязиевич
Контактный тел./факс: (495) 624 45 93
Тел (495) 627-03-95
E-mail: **mmamedov@gnicpm.ru**

Официальный сайт: **http://www.cardiosite.ru** (информация по Конгрессу)

РЕГИСТРАЦИОННАЯ ФОРМА
участника Российского национального конгресса кардиологов
Москва, 6-8 октября 2009 г.

Пожалуйста, заполняйте форму печатными буквами

Фамилия _____
Имя _____
Отчество_____
Должность _____
Ученая степень _____Ученое звание_____
Место работы _____
_____
Служебный адрес с индексом _____
_____
_____
Домашний адрес с индексом _____
_____
_____
Телефон:_____служебный с кодом города_____

_____домашний с кодом города_____
Факс с кодом города _____
Email _____

Оплата регистрационного взноса: Дата_____, № квитанции_____
Просьба поставить ☒ в соответствующих квадратах:
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 2009г на электронный адрес: **registrasiya@gnicpm.ru**, или по факсу: (495) 624-45-93. Зарегистрироваться можно и на сайте ВНОК: **www.cardiosite.ru**

0001 BALNEOTHERAPY FOR THE RELIEF OF LOW BACK PAIN

L. Eppelbaum, V. Gabinskiy, W. von Peters
Institute of Medicine and Rehabilitation, Atlanta, USA

Balneotherapy is the use of natural medicinal waters to provide beneficial healing effects in the body. As a therapy, medicinal use of hot springs and lakes goes back to antiquity, and was widely used during the Roman Empire period.

The primary components of mineral waters are sodium, magnesium, calcium and iron, in combination with acids to form chlorides, sulfates, sulfides and carbonates. Other therapeutic substances occasionally present are arsenic, lithium, potassium, manganese, bromine, iodine, etc. Gases are typically also present, such as oxygen, nitrogen, carbonic acid and hydrogen sulfide gases along with argon and helium.

One of the many uses of Balneotherapy has been in the treatment of low back pain. The Institute, as a constituent of its proprietary methodology of treatment for chronic and intractable low back pain.

The Institute sends low back pain patients to Warm Mineral Springs, Florida for a course of Balneotherapy. The Springs is the only warm mineral spring in Florida. It's water has the highest mineral content of any warm springs in the world, even more than the famous spas in Vichy and Aix les Bains in France, Baden Baden in Germany and the Hot Springs in Arkansas.

Warm Mineral Springs is a water-filled, hourglass shaped sinkhole. It is about 80 yards in diameter and 230 feet deep where warm, heavily mineralized water enters from regions far below. Years ago it was developed into a spa. Now, visitors come from around the world to soak in its rejuvenating water.

It produces over nine million gallons per day of new waters, coming from over 1,000 meters (over 3,000 feet) deep in the ground, infused with the richest density of minerals of any known warm water spring in the world.

A chemical analysis of the 87-degree Fahrenheit waters reveal total minerals of 17,439 parts per million. This is many times the mineral content of such famed international spas as Vichy and Aix Les Bains in France, Hot Springs in Arkansas, and Baden Baden in Germany. Warm Mineral Springs' mineral density results in high buoyancy, which facilitates movement for those who otherwise suffer impairments, and permits them to partake in strengthening, stretching, the joy of movement and increased aerobic activity.

Parts per million : Magnesium 609, Sulphate 1,667, Sodium 4,973, Potassium 189, Calcium 512, Silica 6, chloride9,300, Carbon Dioxide 6, Bicarbonate 167, Total Minerals (Fixed Solids) 17,349

As a result of studies by the Institute, it has been found that bathing in mineral waters (Balneotherapy) exerts a statistically significant improvement. This is shown by the VAS ($p<0.01$), enhanced flexion-extension and rotation of the spine ($p<0.01$) and by the improvement of Schober's index ($p<0.01$). These beneficial results persisted as long as 6 months following the course of Balneotherapy.

Conclusion: The use of Balneotherapy as a therapy in the treatment of low back pain is indicated either as a stand-alone or as an adjunctive therapy.

0002 THE ROLE OF ASHWAGAANDHA IN NERVOUS HEART

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

Ashwagandha (Withania somnifera): Ashwagandha is also commonly known as 'Indian ginseng'. It is a unique herb with multiple functions. It contains active components like 'Withanolides' and 'Withaferin' which are very beneficial for nervous system. The herb also possesses anti-inflammatory, antitumor, antistress, antioxidant, immunomodulatory, hemopoietic, and rejuvenating properties. It is especially useful in diabetics and blood pressure people as it also controls diabetes and blood pressure. It relieves stress, anxiety and enhances physical and mental performance naturally.

Ashwagandha (Withania somnifera): Ashwagandha is well known for its restorative action in nervous system and counteracting high blood pressure. It is rich in antioxidants and counteracts anxiety and stress to promote a calm state of mind

Ashwagandha extract is also used traditionally in Ayurvedic medicine for stimulation of the heart.

In our study 15 participants complaining of stress, mild heart pain and inability to sleep were selected, ages 32-48 for the 60 day study. There were 11 men and 4 women, all of whom had employment in high stress jobs. Dosages began at 200mg. and were adjusted on a per participant basis to achieve the state of calmness desired which mitigated these symptoms.

It was found that most participants (70%) were happiest at between 300-500 mg./day, 20% at 200mg/day and 10 percent at 700 mg. The determining event in setting the dosage was the onset of feelings of fatigue from the herb.

At the end of the study 87% stated that they were extremely happy with the results (feeling less stressed, able to sleep and a cessation of heart pains) and would continue taking the herb. The other 13% stated that they were pleased with the benefits but planned to cease taking it due to other factors in their lives.

According to Ayurveda ashwagandha helps enhance natural resistance to stress and promote better sleep, tones the heart and lungs while soothing and calming the nervous system. This was found to be true in this study, and results seem to indicate it is warranted in nervous heart conditions.

0003 NICOTINIC ACID IN THE TREATMENT OF DYSLIPIDEMIA

Y. Gabinskiy, M. Bogachek, V. Gabinskiy, W. von Peters
Center of Cardiology, Ekaterinburg, Russia; PharmaLife, Atlanta, USA

Nicotinic Acid (NA) is the oldest of today's commonly used hypocholesterolemic agents. First prescribed for the treatment of elevated cholesterol levels in 1955, it has been demonstrated to reduce both cardiovascular risk and mortality. It has also been shown to stabilize or even reverse coronary vascular lesions. Despite its clinical benefits and relatively low cost compared with other agents, NA has failed to gain widespread use. Clinical trials using NA report dropout rates of 25% or more because of drug intolerance. The high incidence of cutaneous and gastrointestinal adverse effects seen with unmodified or plain NA and the propensity for hepatotoxicity with controlled release NA (CN A) have greatly reduced the popularity of the drug with patients and physicians.

A recently developed formulation of wax-matrix CNA ENDUR-ACIN has demonstrated superior bioavailability when compared with a beadlet capsule form of timed-release NA (Nicobid). In addition, four studies using ENDUR-ACIN (2 controlled and 2 uncontrolled) have found good efficacy with a significantly reduced incidence of dropout (3%-8%) due to intolerance of the medication.

Investigators have found that ENDUR-ACIN reduces VLDL-C and LDL-C while increasing levels of HDL-C and apolipoprotein A-l. It also lowers apolipoprotein B and is one of the few drugs that can lower Lp(a). Given these multiple positive effects on lipid metabolism, ENDUR-ACIN should be considered as one of the first choice drugs for treatment of dyslipidemia. Although other drugs may be more potent in effecting certain lipoprotein fractions, no drug has a more ideal profile for overall effect on dyslipidemias. No drug offers more benefit for the cost.

Treatment with ENDUR-ACIN offers all of the lipid improvements of NA therapy, with the distinct additional benefit of good clinical tolerability. Therefore, the recommendation of authors who advocate discontinuance of all CNA for the treatment of dislipidemia seems unwarranted. What should be recommended is intelligent, careful use of CNA formulations that have demonstrated efficacy and clinical acceptability. Furthermore, physicians and patients must realize that all NA products are not alike or equivalent and that ENDUR-ACIN is effective at doses lower than those often recommended for other forms of NA.

In a study at Ekaterinburg, Russia, one hundred patients aged 51-73 received ENDUR-ACIN for three months to improve circulation and reduce hypocholestoremia. Over the period of the three months all reported improvements in circulation, with improved LDL

and HDL blood serum levels. All participants completed the test and stated that they felt better and had better stamina.

Significant improvements in baseline measures for total scrum cholesterol (TC) and low-density lipoprotem cholesterol (LDL-C) were observed after initial diet (TC, 14%; LDL-C, 6%; P<.001, t test), 1500mg/c CNA (TC, 14%; LDL-C, 18%; P<.001, t test)., and after 2000mg/d CNA (TC, 16%; LDL-C, 21%, P<.001, t test). Triglyceride, high-density lipoprotein cholesterol, and lipoprotein(a) levels also improved.

Conclusion: ENDUR-ACIN is an effective agent for the reduction of dyslipidemia in elderly populations, and should also be effective in you.

0004 THE PREVENTION AND REDUCTION OF BEDSORES USING A NEW NATURAL METHODOLOGY

B. Gorinshteyn, V. Gabinskiy, W. von Peters, Y. Gabinskiy
First National University of Naturopathy, Idaho; Russian-American University, Atlanta, USA

Bedsores are a major medical problem in America with stage 3 and 4 bedsores a horrendous problem. Almost 1.3 million Americans get stage 3 or 4 bedsores. Approximately 20% of nursing home patients get stage 3 bedsores, and approximately 11% of all hospital patients get Bedsores (Stage 3 and 4). Over 60,000 Americans die from Bedsore complications each year.

These stage 3 and 4 bedsores extend hospital stays an average of 27 days, and cost U.S. hospitals some $55 billion per year for treatment; not to mention the approximately $50 billion per year in legal fees and settlements resulting from the bedsores and their complications.

During research on chemical weapon decontamination, discovered a methodology of both healing and preventing bedsores. The product relies upon advanced proven natural methodologies for transdermal absorption to increase the flow of electrolytes, fluids, nutrients, and oxygen delivery into the tissues thereby raising the threshold of the localized immune function, so as to be able to restore a healthy immune response.

A study of 24 bedridden patients in a long term care facility were chosen who had had at least 1 bedsore within the previous 90 days. Nature-GuardTM Medicated Wipes were used on areas particularly susceptible for bedsore development, i.e., the hip areas of boney prominences were wiped with the Nature-GuardTM Medicated Wipes once per day. This was done for 90 days. Normal preventive methods such as turning the patients were continued during the study.

A further 30 similar patients were chosen as controls, but were not treated other than with the normal preventive methods.

At the end of the 90 days the participants showed 73% fewer bedsores than the control group. None of the Nature-GuardTM treated group developed any stage 3 or 4 bedsores compared to 30% of the control group which developed stage 3 and/or stage 4 bedsores.

Normal efficacy of standard treatment are in the 20-30% range. The fact that Nature-GuardTM Medicated Wipes are some 300% more effective indicates that the product should be considered for all bedridden patients.

0005 THE BLOOD LIPID -ALTERING EFFECTS OF COMBINATION DIETARY SUPPLEMENT THERAPY IN POPULATION OF GENERALLY HEALTHY DYSLIPEDIMIC ADULTS

Joel J. Pins, Ellen Dodds, Tom Stolz, Joseph M. Keenan, Y. Gabinskiy, M.Bogachek, V. Gabinskiy, W. von Peters
University of Minnesota, USA; Center of Cardiology, Ekaterinburg, Russia; PharmaLife, Atlanta, USA

Background: In recent years combination drug therapies have grown in popularity to help at-risk populations attain their NCEP ATP III blood lipid goals. While much less is known about dietary supplements, the same enhanced lipid altering effects may exist with combinations of these agents. Therefore, we conducted the first uncontrolled pilot (N=15, U.Minn., N=100, Ekaterinburg) investigating the combined lipid-altering effects of nicotinic acid (1000 mg/d), pantethine (800 mg/d), and polymethoxylated flavones (400 mg/d) in a sustained-release tablet

Methods: Fifteen generally healthy overweight (BMI=31.2±3.3) dyslipidemic adults (33-67 years) without a history of CVD were enrolled in this 4-week study. Subjects were free of diabetes at baseline and used no lipid-altering medications or dietary supplements. Subjects were encouraged to maintain their weight, diet, and other lifestyle habits throughout the study. Body weights were assessed and blood samples and questionnaires were collected at baseline and at day 28 of treatment. Treatment was two tablets b.i.d. with meals (open label). Subjects. Body weight, diet, and activity levels were unchanged during the treatment period. Treatment was well tolerated with a 98% compliance rate.

CVD Risk Factor Results at Baseline and Post-treatment:

	Baseline	Week 4
TC (mg/dL)	253.6±21.9	192.7±19.5[2]
LCL-C (mg/dL)	164.5±13.6	110.2±10.8[3]
HDL-C (mg/dL)	43.2±6.8	52.7±9.6[1]
TG (mg/dL)	190.7±61.0	112.5±43.1[3]
Apo B (mg/dL)	151.3±18.7	109.7±16.8[3]
Apo A1 (mg/dL)	138.7±25.6	149.9±24.0[1]
Hs-CRP (mg/dL)	3.2±1.6	2.1±1.1[2]

recorded when treatment was taken each day and returned treatment bottles at the final study visit.

Results: All 15 subjects at U.Minn., and 100 subjects at Ekaterinburg, completed the study

Values given as mean ± SD.

Numbers indicated significant within-group changes where [1]=p<0.05, [2]=p<0.01, [3]=p<0.001.

Conclusion: The results of this pilot study warrant further investigation in a fully powered placebo-controlled clinical trial.

0006 ARJUNA IN THE REDUCTION OF CONGESTIVE HEART FAILURE

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

Arjuna has been used in Ayurvedic medicine in India for heart conditions at least since the sixth century B.C. Chronic congestive heart failure tends to be a therapeutic enigma with a high mortality rate. In fact, by the time congestive heart failure sets in, it's very late in the game as the heart is just too weak to do its job. Therefore new therapies utilizing safe means to impede the progress and prolong survival are to be noted.

This study was conducted with 18 men aged 43-57 years old with diagnosed congestive heart failure (CHF). The study lasted for 60 days and was conducted in Atlanta, Georgia. Terminalia arjuna bark extract was given 500 mg tid for eight weeks in conjunction with conventional therapy.

Significant improvement of CHF was noted in just 2 weeks. Improvement was noted in improvement in symptoms such as fatigue and dyspnea. A decrease in echo-left ventricular enddiastolic volume and endsystolic volume indices were also observed, as well as an increase in left ventricular ejection fractions.

Participants continued showing improvements in CHF from that point. No negative significant effects or events were noted in any of the participants. All participants were greatly improved with 3 approaching normalcy.

While further studies may be needed to determine the exact mechanism of action, the fact that this therapy is effective, has no side effects or unwarranted negative events, it is felt that this should be considered as an adjunctive therapy in conventional medical treatment of CHF.

0007 ORAL EDTA IN THE REDUCTION OF CORONARY CALCIFICATION

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

It is now known that use of cholesterol-lowering drugs does not reduce mortality rates for coronary artery disease. Rather, it is the accumulation of calcium in coronary arteries, and not cholesterol, more accurately predicts a future heart attack or other heart trouble, far more than cholesterol or other standard risk factors.

Most heart attacks emanate in the four coronary arteries that supply the heart with oxygenated blood. About 50% of arterial plaque is calcium and only 3% is cholesterol.

EDTA is as synthetic amino acid originally formulated in Germany for the treatment of lead poisoning. It is widely used both orally and intravenously to chelate heavy metals and minerals from the body.

It is know that the action of EDTA lowers blood calcium, and also stimulates the parathyroid gland to produce a hormone called parathormone. This hormone is responsible for removing calcium from the inside of arteries and depositing it physiologically correct places such as bone.

In a study comprised of 43 participants aged 35-57, all of whom had confirmed plaquing and calcification as determined by echocardiogram. The average plaquing was 78%.

Each received 4 capsules daily for 90 days of a commercial preparation of EDTA and synergists. The components of the preparation are EDTA (calcium disodium) 500 mg, Malic Acid 500 mg, Garlic (Deodorized), 200 mg, and Parsley Powder 50 mg.

All 43 participants completed the study, with the average reduction in placquing was 14%. This is statistically significant. There is no known reason why an individual cannot be placed on EDTA therapy for long term to more completely clear arterial calcification and plaquing.

A common finding among the participants was increased mental awareness, increased libido and a more youthful appearance.

0008 ФАКТОРЫ РИСКА СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ С НЕЙРОКАРДИОГЕННЫМ СИНДРОМОМ

Абдрахманов А.С.
Национальный научный медицинский центр, Астана, Казахстан

Цель: изучить факторы риска синкопальных состояний по данным спектральных показателей вариабельности сердечного ритма у больных с нейрокардиогенным синдромом.

Методы: нами проанализированы показатели вариабельности сердечного ритма (ВСР) у больных с нейрокардиогенным синдромом (НКС) при проведении пассивной ортостатической пробы у 33 пациентов с синкопе и у 32 пациентов без синкопе (средний возраст 33,9±17,4 лет).

Вариабельность сердечного ритма изучали методом вариационной интервалографии по методу Баевского Р.М.

Результаты: при сравнении исходных данных у больных с НКС с синкопе и без синкопе при изучении спектральных показателей ВСР достоверные изменения выявлены при относительных значениях мощности волн высокой частоты, выраженное в нормализованных единицах (HFnorm): у больных с НКС и синкопе HFnorm составила 44,49±13,25%, а больных без синкопе 33,61±15,9% (p=0,032), и индекс централизации (ИЦ) в первой группе составила 2,7±1,4 по сравнению со второй 5,13±4,4 (p=0,037). При детальном анализе частоты и влияния факторов риска на развитие синкопальных состояний у больных с НКС по данным спектральных показателей ВСР выявлена взаимосвязь риска развития синкопе от ВР, HF norm, ИЦ.

Риск развития синкопальных состояний у больных с НКС повышается при значениях вариационного размаха 300-350 мс в 5 раз (OR=5,5; 95% CI 1,4-22,1; p=0,022). Также возрастает риск развития синкопе у больных НКС в 6 раз при значениях индекса централизации менее 4 (OR=6,0; 95% CI 1,5–24,0; p=0,015). Соответственно при относительных значениях мощности волн высокой частоты, выраженное в нормализованных единицах более 50% риск развития синкопе у больных с НКС возрастает в 5 раз (OR=5,5; 95% CI 1,4-22,1; p=0,022).

Значения ИЦ более 4 (p=0,015) и HF norm менее 50% (p=0,022) никак не влияют на риск развития синкопе у больных с НКС. Кроме этого, не выявлено факторов риска развития синкопе у больных с НКС при любых значениях RR, Mo и ИАП.

Выводы: Таким образом, анализ спектральных показателей ВСР у больных с НКС и синкопе показал, что среди всех факторов наибольшее влияние на риск развития синкопе оказывает преобладание парасимпатического отдела ВНС: вариационный размах (OR=5,5; 95% CI 1,4-22,1; p=0,022), индекс централизации (OR=6,0; 95% CI 1,5–24,0; p=0,015), относительные значения мощности волн высокой частоты, выраженное в нормализованных единицах (OR=5,5; 95% CI 1,4-22,1; p=0,022).

0009 ВЛИЯНИЕ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА ПИТЬЕВЫХ ВОД НА МИНЕРАЛЬНЫЙ ГОМЕОСТАЗИС ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Абдулкадырова СО., Хасаев А.Ш., Гаджиев Г.Э., Алиева Д.З., Абусуева З.С., Шанавазова С.А., Ахмедова М.Д., Гаджиева З.Г., Чиликина Н.С.
ГОУ ВПО «Даггосмедакадемия ФАЗ СР», Махачкала, Россия

Цель исследования. Выяснить возможное влияние химического состава питьевых вод на минеральный гомеостазис организма, способное воздействовать на регуляцию АД и, соответственно, на развитие АГ.

Материалы и методы. Исследование было проведено в республике Дагестан, где плоскостные и высокогорные регионы, по данным прежних исследований, являются полярными по распространенности АГ. Изучен химический состав питьевых вод (8 речек и 45 артезианских скважин) и содержание основных элементов (Na, K, Ca, Mg) в крови у здоровых людей в Кулинском, Тляратинском и Цунтинском районах (N=29) в высокогорной зоне и в Ногайском районе (N=31) на Прикаспийской низменности. Были использованы методы пламенной фотометрии на аппарате Flapho-Carl Zeiss, атомно-абсорбционной спектрофотометрии на аппарате Hitachi 170-70.

Результаты. Речные воды Горного Дагестана маломинерализованы. Соотношение ионов: для анионов $HCO_3 > SO_4 > CL$ и для катионов Ca > Mg > Na. Сумма ионов (мг/л) равна 137,811±7,74, содержание натрия 8,14±1,29, кальция 19,44±1,66, магния 7,06±0,56.

Артезианские воды Ногайского района характеризуются повышенной минерализацией. Соотношение анионов $HCO_3 > SO_4 > Cl$, катионов Na > Ca > K > Mg. Сумма ионов (мг/л) равна 543,31±22,56. Содержание Na, Ca и Mg соответственно 96,35±15,45, 43,99±4,09, 15,24±2,12.

В высокогорном регионе уровень Na в плазме крови равнялся 134,13±1,59 ммоль/л, на Прикаспийской низменности 159,71±1,12 ммоль/л (p<0,001). Содержание K соответственно равнялось 3,89±0,06 и 4,29±0,05 ммоль/л (p<0,001).

Содержание Ca в плазме крови в высокогорном регионе равнялось 2,80±0,06 ммоль/л, на Прикаспийской низменности 2,06±0,05 ммоль/л (p<0,001). Содержание Mg соответственно равнялось 0,78±0,05 ммоль/л и - 0,80±0,05 ммоль/л (p>0,05).

Заключение. Химический состав питьевых вод способен влиять на минеральный гомеостазис организма человека. Наблюдаемые различия в содержании Na, K, Ca и Mg могут иметь отношение к разнице в распространенности АГ в обследованных регионах.

0010 СРАВНИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ БИСОПРОЛОЛА И ИВАБРАДИНА В СОЧЕТАНИИ СО СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИЕЙ НА ПОЗДНИЕ ПОТЕНЦИАЛЫ ЖЕЛУДОЧКОВ, ДИСПЕРСИЮ ИНТЕРВАЛА Q-T И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ

Абдуллаев А.А., Гусейнова И.А., Хабчабов Р.Г., Гафурова Р.М. Исламова У.А.
ГОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия ФАЗ СР», Махачкала, Россия

Цель: определить сравнительную эффективность бисопролола и ивабрадина в изменении некоторых показателей, определяющих электрическую стабильность сердца, у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) после перенесенного Q-ИМ.

Методы: Мы наблюдали 45 пациентов в возрасте от 41 до 66 лет (мужчин – 43) с ХСН II-III ФК по классификации NYHα и с синусовой тахикардией в покое – частота сердечных сокращений (ЧСС) более 80 в 1 мин, перенесших Q-ИМ, в течение одного месяца лечения после их выписки из стационара. Они были рандомизированы методом случайных чисел на две группы: 1-я из 22 пациентов получала на фоне стандартной терапии (аспирин, эналаприл, нитраты и другие средства по показаниям) β1-блокатор бисопролол (конкор Кор фирмы Nycomed, Норвегия) 2,5 мг/сут; 2-я из 23 пациентов, адекватная для сравнения с 1-й по возрасту, полу и характеру поражения миокарда, – блокатор if-каналов в синусовом узле ивабрадин (кораксан компании Servier, Франция) 10-15 мг/сут (дозы титровали в обеих группах до достижения ЧСС в покое 50-60 в 1 мин). Всем пациентам проводили регистрацию сигнал-усредненной ЭКГ с выделением поздних потенциалов желудочков (ППЖ), дисперсии интервала Q-T (QTd) и суточное мониторирование ЭКГ с оценкой временного и спектрального анализов показателей вариабельности ритма сердца (ВРС) с использованием компьютерного комплекса «Поли-спектр» («Нейрософт ЛТД», Иваново). Исследования проводились исходно в 16-21-й день и к концу одного месяца от начала лечения.

Результаты: Исходно и через один месяц наблюдения в 1-й группе частота регистрации ППЖ составила 25,9 и 19,7%; значения QRSdur – 99,7 и 97,8 мс; SDNN – 88,1 и 101,6 мс; LF/HF – 3,2 и 2,4; QTd – 64,8 и 51,7 мс – соответственно. Во 2-й группе исходно и через один месяц наблюдения частота регистрации ППЖ составила 24,8 и 23,9%; значения QRSdur – 101,7 и 103,4 мс; SDNN – 86,9 и 101,8 мс; LF/HF – 3,4 и 3,1; QTd – 66,7 и 72,3 мс – соответственно.

Выводы: У пациентов с ХСН после перенесенного Q-ИМ лечение бисопрололом и ивабрадином в сочетании со стандартной терапией одинаково эффективно приводит к изменениям показателей электрической нестабильности сердца. Ивабрадин повышает ВРС и дисперсию интервала Q-T.

0011 ОЦЕНКА АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРАКСАНА В КОМБИНАЦИИ С ТРИМЕТАЗИДИНОМ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Абдуллаев Р. Ф., Нагиева Н. Ф.
НИИ кардиологии, Баку, Азербайджан

Цель исследования: Сравнительная оценка антиангинального и антиишемического действия ингибитора IF токов кораксана („Сервье", Франция) в виде монотерапии и в комбинации с триметазидином у больных со стабильной стенокардией напряжения.

Материалы и методы: Обследовано 49 больных со стабильной стенокардией напряжения II-III ФК по Канадской классификации (средний возраст 52,5±2,6). Диагноз верифицирован клинически и по данным велоэргометрической пробы (ВЭМ).

Исследование проводилось на фоне отмены всей предшествующей терапии за исключением приема нитроглицерина. Пациенты были рандомизированы в 2 группы: I группа (28 пациентов) принимала кораксан в дозе 5-7,5 мг 2 раза в сутки (среднесуточная доза 11,5±1,7 мг); II группа (21 пациент) наряду с кораксаном дополнительно получала триметазидин 35 мг 2 раза в сутки. Длительность лечения составила 4 недели.

По окончанию курса лечения повторяли ВЭМ пробу. Анализу подверглись следующие показатели: время до начала депрессии сегмента ST, продолжительность нагрузки, общий объем выполненной работы. В течении всего периода исследования больные вели дневники, где отмечали частоту приступов стенокардии и количество принимаемых таблеток нитроглицерина в неделю.

Результаты: На фоне монотерапии кораксаном (I группа) отмечено достоверное ($p<0,01$) увеличение времени до появления депрессии сегмента ST (с 415±23 до 485±35 с), продолжительности нагрузки (с 423±29 до 498±40 с) и общего объема выполненной работы (с 1085±250 до 1810±320 кгм). Отмечено также уменьшение количества приступов стенокардии (с 11,2±1,5 до 5,9±1,4; $p<0,05$) и потребления таблеток нитроглицерина (с 12,5±1,8 до 5,0±1,2; $p<0,05$) в 1 неделю. Во 2-ой группе, на фоне комбинированной терапии (кораксан + триметазидин), также наблюдалось достоверное ($p<0,01$) увеличение времени до появления депрессии сегмента ST (с 429±32 до 525±38 с), продолжительности нагрузки (с 421±30 до 558±42 с) и общего объема выполненной работы (с 1078±310 до 2090±290 кгм). Таким образом, во 2-ой группе пациентов положительный эффект лечения был более значимым, чем в 1-ой группе ($p<0,05$).

Выводы: 1. Кораксан в виде монотерапии оказал высокую антиангинальную и антиишемическую эффективность у больных со стабильной стенокардией.

2. Кораксан в комбинации с триметазидином обеспечивает более значимый терапевтический эффект.

0012 Р-ТЕРМИНАЛЬНЫЙ ИНДЕКС И ИНТЕРВАЛ QT ПРИ ФЕНОМЕНЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ

Абдуллаев Р.Ф., Бахшалиев А.Б., Гусейнова Р.Р.
НИИ кардиологии, Баку, Азербайджан

Цель исследования: Оценка влияния феномена ишемического прекондиционирования миокарда (ИПМ) на величину Р-терминального индекса (Р-ти) и корригированного интервала QT(QT кор) у больных ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы: Обследовано 38 мужчин (средний возраст 51,0±2,8 лет) со стабильной стенокардией напряжения II-III ФК по классификации Канадской ассоциации кардиологов. У всех больных по результатам парных велоэргометрических проб (интервал между ними 20 минут) был диагностирован феномен ИПМ. Всем обследуемым, как в покое так и на высоте ВЭМ пробы, проводили сравнительный анализ средних величин Р-ти (площадь отрицательной фазы зубца Р в отведении V1) и интервала QT кор во II стандартном отведении.

Результаты: Величина Р-ти, в состоянии покоя, перед каждой ВЭМ пробой не отличалась между собой и составила в среднем 0,033±0,003 ммсек. На высоте парных ВЭМ проб произошло достоверное ($p<0,05$) увеличение этого показателя. Однако прирост этого индекса при I ВЭМ пробе был достоверно больше чем при II ВЭМ пробе и составил 0,062±0,003 и 0,050±0,002 ммсек соответственно ($p<0,05$) . Такая тенденция изменений наблюдалась и для интервала QT кор. В покое интервал QT кор был в пределах 431,1±8,2 мсек, а на высоте обеих нагрузочных тестов увеличился до 470,0±5,5 (I ВЭМ) и 452,7±38 мсек (II ВЭМ) соответственно ($p<0,01$). Здесь также прирост интервала QT кор при второй ВЭМ пробе был меньше, чем при I ВЭМ пробе.

Выводы: 1. У больных со стабильной стенокардией напряжения на высоте первой ВЭМ пробы происходит значительное увеличение величины Р-ти и интервала QT кор, что косвенно указывает, в первом случае, на ухудшение сократительной способности, а во втором, на негомогенность процессов реполяризации миокарда.

2. Меньший прирост этих параметров при второй ВЭМ пробе может быть обусловлен кардиопротективным эффектом феномена ИПМ и проявляется улучшением, как сократимости, так и процессов реполяризации миокарда.

0013 АНТИАРИТМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМИОДАРОНА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ С ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ АРИТМИЯМИ

Абдуллаев Т.А., Икромов И.А., Марданов Б.У.
Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить влияние амиодарона на частоту и характер желудочковых нарушений ритма и показатели внутрисердечной геодинамики у больных дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

Материал и методы исследования. Обследовано 60 больных ДКМП в возрасте от 16 до 60 лет (средний возраст 42±2 лет). Диагноз ДКМП устанавливался в соответствии с критериями Рабочей группы ВОЗ по кардиомиопатиям (1995г). Оценка аритмий проводилась по классификации β.Lown и M.Wolf (1971г). Показатели внутрисердечной гемодинамики изучались по общепринятой методике на эхокардиографе «Siemens» (Германия). Больные находились на стандартной терапии СН, а среднесуточная доза амиодарона составила 633,3±92,2 мг/сут, антиаритмическую эффективность оценивали на 7-10 сутки, 1, 3 и 6 месяцы приема препарата в поддерживающей дозе 200-400 мг/сут. За положительный антиаритмический эффект (ААЭ) считали подавление общего количества желудочковых экстрасистол (ОКЖЭ) на 70% при полном устранении их высоких градаций.

Результаты исследования. По результатам ХМЭКГ в контрольном периоде желудочковые экстрасистолы (ЖЭ) регистрировались у 56 (93,3%) больных, в среднем - 82,87±22,67 ЖЭ в час, причем у 40 больных выявлялись ЖЭ IV А, и у 25 - IVБ градаций. Антиаритмическая эффективность А после короткого курса терапии составила: общее количество ЖЭ в час достоверно снизилось до 32,39±5,72, ЖЭ IV α градации сохранялись у 18 и IV Б - у 7 больных. После 1 месяца приема А ОКЖЭ составило 11,28±1,79, ЖЭ IVα регистрировались у 12 и IV Б - у 3 больных, к 3 и 6 месяцам терапии ОКЖЭ составило 3,58±0,51 и 2,94±0,43 соответственно, при полном устранении их высоких градаций. Влияние А на показатели центральной гемодинамики были следующими: КДР после 6-месячной терапии достоверно уменьшился с 7,4±0,74 до 6,8±0,76 см, а КСР с 6,1±0,87 до 5,44±0,76 см (оба $p<0,01$), фракция выброса (ФВ) левого желудочка, отражающая сократимость миокарда, увеличилась с 35,7±9,69% до 40,05±6,3% ($p<0,05$). В соответствии с этим отмечалось улучшение объемных показателей сердца, КДО и КСО ЛЖ достоверно уменьшилось с 293,48±68,9 до 243,1±63,8 мл, и со 191,4±66,27 до 147,7±50,7 мл соответственно ($p<0,01$).

Выводы. 1. Амиодарон является высокоэффективным антиаритмическим препаратом для длительной терапии больных ДКМП, осложненной желудочковыми аритмиями высоких градаций.

2. Положительный антиаритмический эффект и улучшение показателей гемодинамики на фоне приема препарата начинает проявляться с 1-го месяца терапии, о чем свидетельствует устранение желудочковых экстрасистол более чем на 85%, при полном подавлении их высоких градаций и увеличение ФВ ЛЖ на 12,1% к концу 6-го месяца.

0014 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕСТОСТЕРОНА У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Абдуллаев Т.А., Марданов Б.У.
Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение эффективности терапии тестостероном (Т), на фоне стандартной, у мужчин с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП), осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Методы исследования. В исследование включено 36 больных мужчин, страдающих ДКМП в возрасте от 20 до 62 лет (43,4±2,3 года). Помимо оценки клинического состояния по ШОКС, определения толерантности к физической нагрузке (ТФН) с помощью 6-ти мин. прогулочного теста, ЭхоКГ, идентифицировали андрогенный статус больных путем определения содержания в плазме крови общего тестостерона (ОТ) (в норме 3,5-8,6нг/мл), и дополнительного анкетирования по опроснику αMS (αging mαle symptoms), по результатам которых больные были разделены на 2 группы. Первую группу (19 пациентов, 42,3±2,4 года) составили больные с признаками гипогонадизма (ОТ - 3,41±0,26 нг/мл), со средним количеством баллов по αMS – 41,3±3,5, соответствующего средней выраженности андрогенодефицита, вторую (17 пациентов, 43±2,24 года) – с нормальными показателями ОТ. Больным I группы, в дополнение к стандартной терапии, осуществлялись внутримышечные инъекции препарата тестостерона (Омнадрен250-1,0мл, Jelfα, Польша) однократно. С целью безопасности терапии Т у больных I группы определяли содержание простатаспецифического антигена в плазме, который составил 1,44±0,18 нг/мл (допустимо до 3 нг/мл).

Результаты. При оценке состояния больных обеих групп на 10-день терапии выявлено значительное, более выраженное в I группе, улучшение их клинического статуса, характеризующееся достоверным уменьшением суммы набранных баллов по ШОКС (на 62,1% и 48,3% соответственно у больных I и II групп) и увеличением пройденной дистанции на 43,2% и 34,6% соответственно (все $p<0,05$). По данным ЭхоКГ на 10 день терапии у больных II группы выявлено некоторое уменьшение КДО, КСО ЛЖ (на 2,3% и 3,2% соответственно, $p>0,05$), и возрастание ФВ ЛЖ на 1,2%. У больных, получавших Т данные изменения оказались более значимыми, особенно динамика КСО ЛЖ, уменьшение которого на 9,04% ($p>0,05$), закономерно отражалось в достоверном возрастании ФВ ЛЖ на 17,6% и ФУ ЛЖ на 19,2% (оба $p<0,05$). При сравнении линейных размеров ЛП, ПЖ значимых изменений не выявлено, при незначительной тенденции к увеличению размера ПЖ у больных первой группы. На фоне терапии Т нами также отмечена положительная динамика показателей центральной гемодинамики, проявляющаяся приростом средних величин САД и ДАД на 6,2 % и 3 % соответственно ($p>0,05$), тогда как в контрольной группе он составил 3,7% и 1,4% соответственно. За время наблюдения побочные эффекты Т не выявлены.

Выводы. Таким образом, комбинация внутримышечных инъекций Т со стандартной терапией, способствует достоверному, и более выраженному, по сравнению с группой без Т, улучшению клинического статуса и повышению ТФН. При этом также отмечена тенденция к улучшению отдельных объемных показателей сердца и центральной гемодинамики, сопровождающиеся достоверным увеличением ФВ ЛЖ, при хорошей переносимости препарата.

0015 ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ДИФФУЗНЫМ МИОКАРДИТОМ

Абдуллаев Т.А., Нагаева Г.А.
Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Целью исследования явилось проспективное изучение клинического течения и динамики параметров центральной гемодинамики у больных диффузным миокардитом.

Материалы и методы. С 1997 по 2006гг в клинике Республиканского специализированного центра кардиологии Узбекистана с диагнозом миокардит пролечено 102 больных обоего пола в возрасте от 15 до 55 лет (средний возраст 34,5±8,8 лет). Из 102 больных у 29 (28,4%) была диффузная форма миокардита, срок наблюдения за которыми составил 20,7±15,3 (от 7 до 48) месяцев. С целью оценки клинического состояния и параметров гемодинамики всем больным проводились: шкала оценки клинического-

го состояния (ШОКС) в модификации Мареева В.Ю., тест 6-минутной ходьбы (ТШХ) с измерением длины пройденной дистанции (ДПД), ЭхоКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ.

Результаты исследования. За период наблюдения из 29 больных у 16 (55,2%) признаки сердечной недостаточности (СН) полностью регрессировали [1группа], а у 13 (44,83%) больных наблюдалось прогрессирование СН [2группа] до II-III ФК по NYHα. У данной группы больных количество баллов (к/б) по ШОКС увеличилось на 34,75% (с 8,23±2,38 до 11,09±1,97, p=0,003), а ТШХ показал уменьшение ДПД на 61,98% (с 313,23±99,11м до 194,15±59,46м, p=0,061), в то время как у больных 1й гр. данные показатели претерпевали обратные изменения: к/б по ШОКС уменьшилось на 49,89% (с 8,42±1,23 до 4,22±2,41, p=0,000) и ДПД возросла на 33,52% (с 308,66±77,39м до 4,22±2,41м, p=0,000). У больных 1й гр. конечно-диастолический размер (КДР) левого желудочка (ЛЖ) уменьшился на 11,38% и составил 52,56±4,08мм, а конечно-систолический размер (КСР) – на 12,99% и составил 35,56±3,81мм; у больных 2й гр. КДР увеличился на 2,89% (с 59,82±8,76мм до 61,55±5,80мм, p=0,558), КСР – на 13,03% (с 41,58±9,20мм до 47,00±6,68, p=0,099). Соответственно ФВ ЛЖ также имела тенденцию к изменению - в 1й гр. возросла на 9,62% (с 54,33±10,83 до 59,56±9,13, p>0,05), а во 2й гр. наоборот снизилась на 21,78% (с 52,36±10,89% до 45,65±12,05%, p=0,009). Анализ ХМЭКГ выявил изменения ЧСС как в дневные, так и в ночные часы: у больных 1й гр.- ЧСС днем урядилась с 87,40±5,96 до 76,9±5,11уд/мин, p=0,000, а ночью – с 74,10±11,56 до 66,7±6,23 уд/мин, p=0,032. У больных 2й группы ЧСС днем существенно не изменилась (была 86,89±7,89, стала 85,25±6,60уд/мин, p=0,571), а ночью наоборот возросла с 77,22±7,14 до 81,00±4,97 уд/мин, p=0,130.

Таким образом, можно заключить, что у 13% больных диффузное воспалительное поражение сердечной мышцы может стать причиной развития дилатационной кардиомиопатии, при этом срок развития последнего колеблется в пределах от 7 до 48 месяцев. Параметры внутрисердечной гемодинамики характеризуются снижением сократительной способности миокарда, что сопровождается повышением симпатической активации и вегетативным дисбалансом.

0016 АНАЛИЗ ПАРАМЕТРОВ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И СОДЕРЖАНИЯ РАСТВОРИМОЙ МОЛЕКУЛЫ АДГЕЗИИ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Абдюкова Э.Р., Закирова А.Н.
Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Цель. Сравнительный анализ параметров внутрисердечной гемодинамики, клинического течения заболевания и содержания растворимой молекулы адгезии VCαM–1 в сыворотке крови больных ишемической болезнью сердца (ИБС), осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в зависимости от наличия или отсутствия у них постоянной формы фибрилляции предсердий (ФП).

Методы исследования. Обследованы 50 больных ХСН функционального класса (ФК) III – IV (по NYHα), средний возраст которых составил 65,4±3,2 лет. Причиной ХСН у всех пациентов была ИБС. Больные были распределены на 2 группы. В первую группу вошли 25 пациентов с ХСН ФК III–IV без ФП, во вторую группу 25 больных ХСН ФК III–IV с ФП. Постоянная форма ФП у больных ИБС была длительностью 8±3,5 лет. Контрольную группу составили 15 здоровых лиц без сердечно-сосудистых заболеваний в той же возрастной категории, сопоставимые по полу. Всем больным выполняли эхокардиографию, заполнялась шкала оценки клинического состояния больного (ШОКС), определяли уровень растворимой молекулы адгезии VCαM–1 в сыворотке крови с помощью иммуноферментных тест – систем (фирма Bender MedSystems, Австрия).

Результаты. Сравнительный анализ параметров внутрисердечной гемодинамики, клинического течения заболевания и содержания сосудистой молекулы межклеточной адгезии в сыворотке крови здоровых лиц и больных ИБС, осложненных сердечной недостаточностью выявил, что у больных ХСН ишемического генеза содержание растворимой молекулы адгезии VCαM–1 существенно возрастает по сравнению с данными контрольной группы (p<0,01). У больных ХСН с постоянной формой ФП уровень VCαM–1 оказался достоверно выше, чем у больных ХСН без фибрилляции предсердий (p<0,05). При оценке клинического состояния больных установлено значимое увеличение количества баллов ШОКС при присоединении к сердечной недостаточности ФП. Наибольшее количество баллов отмечено у больных ХСН III-IV ФК с ФП. Показатели КДО и КСО у больных ХСН III-IV ФК с ФП значительно превышали параметры группы контроля, так и данные больных ХСН III-IV ФК без ФП (p<0,05). Величины фракции выброса левого желудочка у больных ХСН III-IV ФК без ФП оказались значимо ниже, чем у контрольной группы, самые минимальные значения фракции выброса отмечались у больных ХСН III-IV ФК с ФП.

Выводы. Таким образом, больные ИБС, осложненной сердечной недостаточностью, характеризуются увеличением размеров сердца, понижением ФВ и повышением в сыворотке крови растворимой молекулы адгезии VCαM–1. У больных с сочетанием постоянной формы ФП и ХСН, обусловленной ИБС определяется усиление процессов ремоделирования левого желудочка и значительное увеличение содержания VCαM–1 в сыворотке крови по сравнению с больными без фибрилляции предсердий.

0017 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ СТРАТИФИКАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ФАКТОРАМИ РИСКА ИБС

Абидов Н.Ш., Розыходжаева Г.А.
Центральная клиническая больница №1 МСО, Ташкент, Узбекистан

Цель работы – применение кардиологической программы мультислайсной компьютерной томографии (кардио-МСКТ) для стратификации пациентов с атипичными жалобами или факторами риска ИБС.

Материал и методы. За период с сентября 2006 по апрель 2008 год в отделении МСКТ ЦКБ№1 г. Ташкента было обследовано 95 пациентов (76/ 80% мужчин и 19/ 20% женщин). Всем пациентам проведена кардио-МСКТ на аппарате βrilliαnce фирмы Phillips (Нидерланды) с толщиной среза 3 мм, шагом томографа 3 мм. Кальциноз дифференцировался по фактору плотности. За его критерий принят участок плотностью более 130 ед хаунсфильда и площадью более 1,03 мм2. Общая степень кальциноза (CαCS) определялась как сумма кальциноза 4-х основных сосудов. Учитывался возраст пациентов, пол, жалобы, данные неинвазивных методов исследования (ЭКГ покоя, ЭхоКГ, нагрузочных проб), а также профиль факторов риска (ФР).

Результаты. По уровню кальция пациенты распределились следующим образом: CαCS = 0 выявлен у 8 пациентов (0,8%); 0 - 10 - у 25 (26,3%); 10 –100 у 19 (20%); 100-400 у 22 (23,1%) и 400 и выше – у 21 (22,1%) пациентов. По результатам кардио-МСКТ 56 пациентам (59%) с учетом жалоб, клинических данных, исследований в покое и нагрузке, профиля факторов риска не было рекомендовано проведение инвазивной КАГ (1 группа). Остальным 39 пациентам (41%) рекомендовано проведение инвазивной диагностики (2 группа). Проведена КАГ 25 пациентам, причем в 9 случаях (36%) исключено стенозирование КА (степень стеноза более 50%). У 16 пациентов (64%) выявлено значимое поражение коронарных артерий (КА). В целом у 18,8% пациентов, которым проводилось МСКТ выявлено стенозирующее поражение КА, что составило 64 % от числа пациентов 2 группы. Пациенты 2 группы по сравнению с пациентами 1 группы, в среднем были старше (61,2 лет против 54,9 лет), среди них преобладали представители мужского пола, отмечен более высокий ИМТ (29,1 и

26,9 кг/м^2) (p>0,05). У этой группы больных чаще, чем атипичные жалобы, встречалась типичная стенокардия или одышка. Пациенты 2-ой группы имели большее число ФР (2,6), чем пациенты 1 группы (1,8). Сахарный диабет (60% и 18,9%) и артериальная гипертензия (55,9% и 14,7% соотв.) встречались чаще во 2 группе Частота других ФР было следующей: гиперлипопротеинемия (34,7 и 34%), отягощенная наследственность (32,9 и 27,2%), курение (15,6 и 16,3%). Данные инструментальных методов исследования показали, что у пациентов 2 группы чаще встречались патологические ЭКГ покоя (82% и 18%) или изменения ЭхоКГ (9,8 и 3,5%, соотв.) (p < 0,05), положительные результаты нагрузочного тестирования (19,6 и 5,4%) (p<0,01). Средний уровень кальция был значительно выше у больных этой группы (324,9 и 31,7 ед). Согласно полученным данным риск ИБС при CαCS = 0 ед составил 0,6%, при 0-10 ед – 6%, 10-100 ед - 16,2%, 100-400 ед -39%.

Таким образом, пациенты с CαCS ниже 100 ед имели риск ИБС 5% и с CαCS свыше 100 ед- 35%. Наши данные подтверждают, что применение кардиологической программы МСКТ имеет важное значение для стратификации риска ИБС у пациентов с атипичными жалобами или с наличием факторов риска.

0018 ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Абильмажинова Г.Д., Каражанова Л.К., Айманов И.К.
Семипалатинская государственная медицинская академия, Семей, Казахстан

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) в настоящее время остается одной из наиболее актуальных проблем кардиологии и медицины в целом.

Целью настоящего исследования явилось изучение некоторых иммунологических показателей женщин среднего возраста, страдающих ИБС.

Методы исследования: нами обследовано 110 женщин с ИБС в возрасте от 35 до 64 лет (средний возраст – 54,5±1,7 года). С диагнозом: мелкоочаговый инфаркт миокарда (МИМ) 59 пациенток; у 51 – отмечалась клиника нестабильной стенокардии (НС). Для верификации диагноза было использовано определение сердечного тропонина Т. Контрольную группу составили 40 женщин без артериальной гипертонии и ИБС в анамнезе, которые были адекватны по возрасту основной группе. У всех обследованных проводилось изучение иммунологических показателей. Производилось определение: Т-клеточного звена иммунной системы (количества Т-лимфоцитов, их субпопуляций с преимущественно хелперной и преимущественно супрессорной активностью (Ттфр и Ттфч-клеток), а также соотношения Ттфр/Ттфч (иммунорегуляторного индекса), уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), антикардиолипиновых антител; неспецифического фагоцитарного звена – функциональной активности нейтрофилов в НСТ-тесте и путем исследования активности миелопероксидазы (МПО), доли фагоцитирующих клеток и фагоцитарного числа у обследованных больных. Также проведено суточное мониторирование ЭКГ по методу Холтера на системе «Кардиотехника-4000» фирмы «ИНКАРТ», Россия. Обследование проводили при поступлении больных в стационар, на 14-15 сутки. Статистическая обработка данных производилась при помощи программ Microsoft Excel с определением достоверности по Стьюденту.

Полученные результаты: у всех обследованных женщин наблюдаются достоверные нарушения по исследованным параметрам системы иммунитета, выраженность которых прямо связана с тяжестью ИБС, наибольшие изменения наблюдаются в группах пациенток с МИМ. При сравнительном анализе показателей клинического течения заболевания и исследованных иммунологических параметров были получены данные, свидетельствующие о наличии значительного повышения частоты таких осложнений мелкоочагового инфаркта, как постинфарктная стенокардия, нарушения сердечного ритма у больных с выраженными отклонениями от нормы показателей Т-клеточного и фагоцитарного звеньев. Частота ишемических эпизодов и неблагоприятных исходов при нестабильной стенокардии подчинялась аналогичной закономерности. Было зарегистрировано достоверное увеличение концентрации ЦИК на 146,1% по отношению к контрольной группе при МИМ (p<0,01) и на 72,4% - при НС (p<0,01). Данное обстоятельство может служить причиной иммунокомплексного повреждения сосудов и миокарда, являющегося одним из существенных механизмов развития обострения ИБС. По результатам Холтеровского мониторирования было выявлено, что у большинства пациенток с ангиографически верифицированным атеросклерозом коронарных артерий 60-80% регистрируемых эпизодов горизонтальной депрессии сегмента ST являлись клинически бессимптомными.

Выводы: вышеуказанные изменения свидетельствуют о возможной роли иммунологических нарушений при ИБС.

0019 РЕЗУЛЬТАТЫ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИСТРА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Абсеитова С.Р., Байдаулетова З.С., Алипова Г.Ш.
Областной кардиологический центр, Шымкент, Казахстан

В Европейском регистре Острого Коронарного синдрома, целями которого являлись подтверждение адаптивности и применения практических европейских рекомендаций в каждодневной практике, принимают участие 75 медицинских центров из 35 стран мира.

Цель работы: Сравнение результатов Европейского регистра Острого Коронарного синдрома (ОКС) по данным Областного кардиологического центра (ОКЦ) и других центров мира.

Материалы и методы: С 1 января 2007г. по 31 марта 2008г. в регистр были включены 623 пациента г. Шымкента с острым коронарным синдромом.

Результаты: Сравнение результатов полученных данных ОКЦ с данными других центров мира, общее количество пациентов которых составило 9235, показало, что количество пациентов ОКС с подъемом сегмента ST составило 32,5% (203 чел), без подъема ST – 66,6% (415 чел), в других центрах - 55,8% и 44,2%, соответственно. Средний возраст наших пациентов 61,68 лет, в других центрах 63,45 года с преобладанием мужчин до 57,78% в ОКЦ, до 72,24% в других центрах. Как минимум, хотя бы 2 риск-фактора в обеих группах имели соответственно 74,88% и 80,96% больных, что на 16% выше, чем в других клиниках мира. Тромболитическая терапия (ТЛТ) в группе с подъемом ST проведена у 59,61% наших пациентов, чрескожные вмешательства (ЧКВ) не проводятся; по европейским данным ТЛТ и ЧКВ составили 31,47% и 53,9%. Медиана времени до начала введения фибринолитического препарата составила 3,58 часа, в других центрах 2,67 часа. Процент применения низкомолекулярных гепаринов в ОКЦ составил 76,80%, что выше показателей других центров (70,61%). 93,73% процента наших пациентов получают бета-блокаторы, в других центрах 86,97%, доля ИАПФ – 89,16%, в других центрах – 81,89%. Окончательный диагноз инфаркта миокарда (ИМ) с Q верифицирован у 92,12% пациентов с подъемом ST, 87,23% по европейским данным; ИМ без Q у 21,01%, по европейским данным 47,56% случаев. В группе ОКС без подъема ST окончательный диагноз нестабильной стенокардии (НС) подтвержден у 61,59% наших пациентов, у 38,14% пациентов клиник мира. Осложнения в виде сердечной недостаточности (СН) наблюдались у 66,75% пациентов ОКЦ, у 21,36% пациентов других центров мира. Госпитальная смертность составила 8,37% в группе ОКС с подъемом ST, 4,10% в группе ОКС без подъема ST, те же показатели в других центрах мира 7,05% и 2,55%, соответственно. Смертность наших пациентов группы высокого риска была выше на 5,67% и составила 22,66%.

Выводы: В сравнение с данными других центров мира пациенты нашего центра имеют больше факторов риска и более отягощенный анамнез ССЗ. На 55 мин позже поступают в стационар, на 1,0 час позже проводится ТЛТ. В исходах процент ИМ с з.Q выше на 5%, НС на 23,45%, СН на 45%, летальность на 1-3%,в группе высокого риска на 5,67%. Проводимая медикаментозная терапии соответствует среднемировым стандартам. Полученные исходы свидетельствуют о необходимости применения инвазивных вмешательств в регионе.

0020 ВОЗМОЖНОСТИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВОЗВРАТНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Абсеитова С.Р., Балабаева А.Б.
Областной кардиологический центр, Шымкент, Казахстан

Несмотря на достигнутые успехи фармакотерапии и интервенционные методы лечения 30% больных со стенокардией остаются нетрудоспособными, от 15 до 20% оценивают свое состояние как плохое. Перспектива лечения таких больных связана с неинвазивными методами неоангиогенеза, в том числе экстракорпоральной кардиологической ударно-волновой терапией (ЭКУВТ).

Целью исследования было изучить возможности ЭКУВТ в лечении пациентов с возвратной стенокардией после реваскуляризации миокарда.

Методы исследования: Лечение ЭКУВТ проведено на аппарате Modulith SLC «Storz Medicαl» 10 больным с возвратной стенокардией после коронарного шунтирования и 5 больным после ангиопластики и стентирования. Возобновление приступов стенокардии произошло через 1,0-2,5 года после вмешательств. Средний возраст 58,2±9,2 лет. У 93,3% в анамнезе был перенесенный инфаркт миокарда. Учитывались описанные в литературе показания и противопоказания к лечению ЭКУВТ. Лечение начинали с минимальных уровней энергии 0,08 мДж/мм2 с постепенным повышением до 0,3 мДж/мм2 по 50 импульсов на каждую из 12 зон. Всего 9 процедур: по 3 в неделю с однодневным перерывом и трехнедельным перерывом между неделями. Проводились клинико-инструментальные обследования: ЭКГ в 12 отведениях, суточное мониторирование ЭКГ (СМ ЭКГ), тредмилл-тест, эхокардиография с оценкой систолической и диастолической функции ЛЖ, показатели маркеров некроза миокарда – Тропонин Т, показатели гемостаза, липидограммы. Весь период наблюдения больные получали общепринятую медикаментозную терапию.

Результаты: У всех больных уменьшилось количество приступов стенокардии с 6,8±3,4 до 2,7±1,1 в неделю и количество принимаемых доз короткодействующих нитратов в 2,5 раза. Произошло снижение ФК стабильной стенокардии (CCS) (с 3,6±0,7 в начале до 2,1±0,6 в конце курса лечения). По результатам тредмилл-теста отмечено повышение толерантности к физическим нагрузкам с 4,64±1,5 МЕТ до начала и 7,5±1,6 МЕТ после курса терапии. При СМ ЭКГ уменьшение количества эпизодов ишемии с 4,3±3,7 до 2,4±1,8, желудочковых экстрасистол с 13,5±11,6 до 7,8±8,5. Положительная динамика отмечена по показателям функции миокарда ЛЖ: КДР ЛЖ до лечения - 6,6±0,2см; после - 5,5±0,2см. Улучшение регионарного кровотока и восстановление сократимости миокарда наблюдалось по показателю ФВ ЛЖ: до лечения у 4 больных ФВ ЛЖ ниже 40 %, у остальных составила 45,5%; после терапии у 4 больных увеличилась до 43,5±1,2%, а у остальных до 46,5±1,2%.

Выводы: Полученные предварительные данные показывают, что ЭКУВТ уменьшает симптомы стенокардии, снижает ФК стабильной стенокардии (CCS), увеличивает толерантность к физическим нагрузкам, улучшает функцию ЛЖ, несколько улучшает качество жизни пациентов после реваскуляризации.

0021 ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ И ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: ОПТИМАЛЬНАЯ ТАКТИКА ТЕРАПИИ

Абуладзе Г.В., Шарашидзе Н.С., Нарсия Э.В., Джинджолия Н.Р.
НИИ Кардиологии им. М.Цинамдзгвришвили, Тбилиси, Грузия; Тбилисский Государственный Университет им. Ив.Джавахишвили, Тбилиси, Грузия

Цель исследования: оценить эффективность лечения поддерживания и сохранения синусового ритма после успешной кардиоверсии по сравнению с тактикой контроля частоты сердечных сокращении (ЧСС) при фибрилляции предсердии (ФП) и хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Методы исследования: В течение двух лет проведены наблюдения над 116 больными (74 мужчин и 42 женщин) в возрасте 45-75 лет с персистирующей формой ФП. ХСН была II-III функционального класса по классификации HYHα Основными болезнями определялись – артериальная гипертензия и ИБС (84,2%),постинфарктный кардиосклероз (15,2%). В I группе 65 больным лечение проводилось с целью контроля сердечного ритма (СР) с последующей противорецидивной терапией после восстановления синусового ритма. Во II группе - 51 больному назначались средства для урежения ЧСС. Больные обеих групп получали антикоагулянты.

Результаты: К концу периода наблюдения в группе больных контроля СР летальный исход наблюдался в 6 случаях (9,2%). На фоне поддерживающей терапии размеры левого предсердия (ЛП) уменьшались от 44,3±1,7мм до 42,5±1,2мм; конечно-диастолические размеры левого желудочка (ЛЖ) также уменьшались от 59,2±1,6мм до 57,2±1,8 мм.; фракция выброса (ФБ) увеличилась от 39,4±2,8% до 48,4±2,3%. Синусовый ритм сохранялся в 27 случаях (45,7%) из 53 выживших больных. В группе контроля ЧСС умерли 18 больных (35%). Размеры ЛП на фоне лечения в этой группе больных возрастали от 43,4±1,6мм до 46,7±1,8; Конечно-диастолические размеры ЛЖ от 58,2±1,7мм достигли 60,2±1,6мм; ФБ уменьшилась от 40,6±2,5% до 38,3±2,5%.

Выводы: Тактика лечения контроля сердечного ритма оказалась более оптимальной, чем тактика лечения урежения частоты желудочковых сокращении у больных с фибрилляции предсердии и хронической сердечной недостаточности. Эффективность терапии в группе контроля сердечного ритма способствует успешной превенции развития рецидива фибрилляции предсердии с целью поддержания и сохранения синусового ритма.

0022 ОТСУТСТВИЕ АДЕКВАТНОГО НОЧНОГО СНИЖЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ПО СРАВНЕНИЮ С БОЛЬНЫМИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Авдеева Е.В., Крылова Н.С., Николенко С.А., НазаренкоВ.А., Джанашия П.Х.
Кафедра общей терапии ФУВ ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

Цель: изучить динамику артериального давления (АД) по данным суточного мониторирования (СМАД) у больных гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП) и у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы: обследовано 23 пациента. I группу составили 7 больных ГКМП без артериальной гипертензии (АГ) (средний возраст 50,3±5,01 лет), II группу - 16 больных с АГ и гипертрофией миокарда левого желудочка (ЛЖ) (средний возраст 54,8±2,2 лет). За 2 дня до исследования больным отменяли сердечно-сосудистые препараты, после чего с целью дифференциальной диагностики ГКМП и ГБ проводилась стресс-эхокардиография (стресс-ЭхоКГ) с физической нагрузкой (ФН) на велоэргометре по описанной нами ранее методике. Учитывая динамику показателей диастолической функции, конечно-диастолического, ударного объемов и фракции выброса, а также особенности реакции АД на ФН, мы распределили больных II группы на две подгруппы: IIА подгруппу составили 6 больных ГКМП в сочетании с АГ (средний возраст 60,7±4,4 лет), IIБ - 10 больных ГБ (средний возраст 51,2±1,7 лет). Всем больным проводилось СМАД аппаратом фирмы «βPLαβ» МнСДП-2. Днем АД регистрировалось каждые 15 минут, ночью каждые 30 минут. Анализ показателей СМАД проводился по стандартной методике.

Результаты: Между I и II группами больных, как и следовало ожидать, были выявлены значительные достоверные различия средних значений САД (126±3,27 и 152,69±3,24 мм рт. ст.,

p=0,00007) и ДАД (78,71±2,98 и 92,56±2,49 мм рт.ст., p=0,004) днем, показателей вариабельности САД (10,5±0,72 и 14,5±0,97 мм рт.ст., p=0,025) и ДАД (8,5±0,34 и 11,06±0,35 мм рт.ст., p=0,0004) днем, показателей индекса времени АД днем и показателей среднего САД ночью (120±2,44 и 140±3,47 мм рт.ст., p=0,003). Однако показатели среднего ДАД ночью существенно не различались. Показатели вариабельности АД ночью у больных этих групп были нормальными. Между больными IIA и IIB подгрупп различий по вышеуказанным показателям получено не было. Практически все больные в подгруппе IIA (83,3%) оказались «нондипперами», так же как и нормотензивные больные ГКМП (I группа) (85,7%). Напротив, у больных ГБ (подгруппа IIБ) колебания уровня АД в ночное время отличались значительным разнообразием: 50% из них оказались «нондипперами», 20% - «дипперами», 10% - «гипердипперами» и 20% - «найтпикерами».

Выводы: Для больных ГКМП, как нормотензивных, так и с сопутствующей АГ, характерна недостаточная степень снижения АД в ночное время. У больных гипертонической болезнью профиль АД в ночные часы широко варьировал.

0023 ОЦЕНКА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Агаева Т.М.
НИИ Кардиологии имени академика Д.Абдуллаева, Баку, Азербайджан

Лечение артериальной гипертензии (АГ) продолжается оставаться актуальной и до конца не решенной задачей, несмотря на достигнутые в последние годы успехи. Поэтому целью исследования явилось оценка антигипертензивной эффективности внутривенной лазерной терапии у больных с абдоминальным ожирением и метаболическим синдромом (МС).

В исследование были включены 35 пациентов в возрасте от 48 до 70 лет с АГ 1-й и 2-й степени с избыточной массой тела или ожирением по абдоминальному типу. Критериями МС считали наличие у пациента не менее трех из пяти признаков: объема талии у мужчин более 102 см, у женщин более 88 см; уровень триглицеридов натощак выше 1,69 ммоль/л; снижение содержания ХС липопротеидов низкой плотности у мужчин ниже 1,03 ммоль/л, у женщин ниже 1,29 ммоль/л, повышение САД выше 130 мм рт.ст, ДАД выше 85 мм рт.ст, повышение уровня глюкозы в крови натощак до 6,1 ммоль/л. Больным до и после лечения проводилось суточное мониторирование АД (СМАД) с помощью автоматической осциллометрической системы МнСДП. Регистрацию АД осуществляли каждые 15 мин в дневные часы и каждые 30 мин в ночные. Оценивали следующие показатели: среднесуточные, среднедневные и средненочные значения САД и ДАД; вариабельность САД и ДАД; суточный индекс для САД и ДАД. Перед началом и по окончании исследования проводилось биохимический анализ крови с определением содержания глюкозы, общего ХС, ХС ЛНП, а также ТГ. Всем больным наряду с медикаментозным антигипертензивным лечением проводилось внутривенное лазерное излучение крови с помощью аппарата «Алок-1». Количество процедур составляло 10 сеансов. Для оценки динамики показателей на фоне терапии применялся непараметрический анализ с использованием критерия Вилкоксона.

По данным СМАД после проведенного лечения снижался средние показатели среднесуточного САД и ДАД на 18 и 12 мм рт.ст. соответственно. Снижение САД и ДАД происходило как в покое в ночное время (в среднем на 14 и 8 мм рт.ст. соответственно), так и в дневное время (на 19 и 12 мм рт.ст. соответственно). Анализ значений утреннего повышения АД показал, что лазеротерапия нивелирует утреннюю гипертензию у пациентов с метаболическими нарушениями. Выявленная у пациентов положительной динамики СМАД свидетельствует о значительной дневной, ночной и утренней антигипертензивной активности лазеротерапии. На фоне лечения было отмечено нормализация показателей липидного обмена в основном за счет снижения уровня общего ХС и его атерогенных фракций. Достоверное снижение уровня общего ХС на 11,6% (p<0,05) и ХС ЛНП на 16,3% (p<0,05). Таким образом, включение внутривенного лазерного излучения крови в комплексное лечение АГ является эффективным антигипертензивным средством для коррекции АД у пациентов с абдоминальным ожирением и метаболическим синдромом. При таком комбинированном лечении коррекция АД до целевого уровня не выше 140/90 мм рт.ст обеспечивается у 92,6% больных. Коррекция АД до целевого уровня у пациентов с МС достичь труднее, чем у пациентов с АГ без сопутствующих метаболических отклонений.

0024 К АЛГОРИТМУ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ С БОЛЬШИМ КОЛИЧЕСТВОМ КЛИНИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Агафонова Т.Ю., Головской Б.В., Шаврин А.П.
ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А.Вагнера Росздрава, Пермь, Россия

Цель исследования: создание алгоритма обследования практически здоровых лиц с большим количеством клинических маркеров атеросклероза.

Материал и методы исследования. Обследовано 79 практически здоровых человека (из них 22 лица мужского пола) от 22 до 64 лет, в том числе в возрасте от 35 лет 65 человек. В качестве маркеров атеросклероза рассматривались: комплекс церебральных симптомов, наличие напряженного пульса, извитых, плотных височных артерий, систолического шума над артериями, диагональной складки мочки уха (три степени выраженности по Э. Ш. Халфену). Обследованные разделены на две группы: с большим (более 3-х) и малым количеством клинических маркеров атеросклероза. В группу с большим количеством вошли 60 чел., группы сопоставимы по возрасту и полу. Скорость распространения пульсовой волны в поперечном направлении (СРПВпп - скорость изменения диастолического диаметра артерии на систолический диаметр) по артериям определялась с использованием ультразвукового датчика в покое, в пробе с реактивной гиперемией и в пробе с нитроглицерином. При ультразвуковой визуализации брахиоцефальных артерий, правых плечевой и подколенной артерий с помощью аппарата «αLOKα 5000» ни у кого из обследованных не было выявлено признаков атеросклеротического поражения указанных сосудов..

Результаты. Для лиц с малым количеством клинических маркеров атеросклероза характерны следующие показатели СРПВпп: по плечевой артерии 9,0±2,28 м/с, 5,07±2,7 м/с, 3,18±0,94 м/с и по подколенной артерии 16,48±5,19м/с, 13,55±5,42 м/с, 13,07±6,8 м/с в покое, в конце 1-й мин. после снятия окклюзии (в пробе с реактивной гиперемией) и на 5-й мин. после перорального приема нитроглицерина (данные представлены в виде средних величин и одного стандартного отклонения). У лиц с большим количеством клинических маркеров атеросклероза соответствующие показатели по правой плечевой артерии составили 11,58±3,09 м/с, 7,31±2,53 м/с, 5,21±1,72 м/с и по подколенной артерии 18,60±6,80 м/с, 15,23±4,04 м/с, 14,22±6,57 м/с, что превышает данные для лиц с малым количеством маркеров (p<0,05).

Выводы. Показатели СРПВпп по правым плечевой и подколенной артериям, характерные для лиц с малым количеством клинических маркеров атеросклероза, вероятно, следует считать нормальными и ориентироваться на них при построении алгоритма скринингового профилактического обследования практически здоровых лиц трудоспособного возраста. Превышение указанных СРПВпп может являться показанием для выполнения нагрузочных проб и холтеровского мониторирования ЭКГ с целью выявления безболевой ишемии миокарда.

0025 ИНТЕНСИВНОСТЬ (ЭФФЕКТИВНОСТЬ) ЛИПОЛИЗА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИЙ

Агеева Е.В., Фролова Ю.В., Никульчева Н.Г., Денисенко А.Д.
ГУ НИИ экспериментальной медицины РАМН, Санкт-Петербург, Россия

Гипертриглицеридемия (ГТГ) является одним из важнейших факторов риска развития атеросклероза и ишемической болезни сердца. Одной из причин ГТГ может являться нарушение липолиза триглицеридбогатых частиц плазмы крови липопротеидлипазой (ЛПЛ)- ферментом, расположенным на эндотелии сосудов.

Целью данной работы была сравнительная характеристика активности ЛПЛ и ее эффективности у различных групп больных.

Обследованы 44 пациента, находившихся в клинике липидологии НИИЭМ РАМН, которые были разделены на 3 группы в соответствии с характером липидного спектра: контрольную группу, группу пациентов с несемейной комбинированной дислипопротеидемией (к-ДЛП) и группа пациентов с изолированной гипертриглицеридемией (и-ГТГ). Активность ЛПЛ в плазме, полученной из крови, взятой спустя 15 мин после введения гепарина в дозе 50МЕ/кг и замороженной при -70^{0}С, определяли по освобождению жирных кислот из триглицеридов (ТГ) Интралипида. Для более детальной характеристики эффективности липолитической системы в целом был использован коэффициент – ЭФЛПЛ, отражающий отношение разности в содержании ТГ между до и после введения гепарина к активности ЛПЛ (ΔТГ/ЛПЛ).

Было выявлено снижение активности ЛПЛ при и-ГТГ (в 1,6 раза) по сравнению с нормолипидемией, в то время как у пациентов с к-ДЛП активность фермента не отличалась от контроля. Нужно отметить, что величина “активность ЛПЛ” не отражает в полной мере эффективность липолиза. Так при измерении величины эффективности липолиза оказалось, что наиболее интенсивно он протекает у пациентов именно с и- ГТГ. Так, в контрольной группе эта величина равна 3,23, а при и-ГТГ она была в 5,6 выше. При к-ДЛП эффективность липолиза была выше, чем в контроле (в 2,5 раза), но ниже, чем при и-ГТГ. Надо также отметить, что обнаруженная в наших исследованиях достаточно высокая эффективность липолитической системы в целом при ГТГ неадекватна повышению уровню ТГ в крови, поэтому он остается значительно выше нормальных величин при обоих типах ГТГ.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что пониженная активность/эффективность ЛПЛ не может быть единственной причиной развития ГТГ у данной группы пациентов. Для выяснения возможных причин, которые могут вызывать повышение уровня ТГ у пациентов, нужны дополнительные исследования.

Хотелось бы подчеркнуть, что в соответствии с результатами было бы целесообразно наряду с определением активности ЛПЛ использовать коэффициент “эффективность липолиза”, что позволяет оценить интенсивность липолитической активности фермента ЛПЛ. Коэффициент – ЭФЛПЛ определяет количество гидролизованных ТГ под влиянием гепарина на единицу активности фермента и может быть использован в клинической практике.

0026 ВЗАИМОСВЯЗЬ РАЗЛИЧНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА В РАЗВИТИИ ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИЙ

Агеева Е.В., Фролова Ю.В., Зайцева Н.С., Жданова О.Ю., Виноградова Т.В., Никульчева Н.Г., Денисенко А.Д.
ГУ НИИ экспериментальной медицины РАМН, Санкт-Петербург, Россия

Гипертриглицеридемия (ГТГ) является важным фактором риска развития атеросклероза и ишемической болезни сердца.

У пациентов, имеющих повышенный уровень триглицеридов (ТГ) была проведена сравнительная характеристика уровней показателей углеводного и липидного обмена у пациентов с различными формами гипертриглицеридемий (ГТГ). В исследование включены 44 пациента, которые были разделены на следующие группы: контрольную группу, группу пациентов с несемейной комбинированной дислипопротеидемией (к-ДЛП) и группа пациентов с изолированной гипертриглицеридемией (и-ГТГ). У всех пациентов определяли содержание липидов, НЭЖК, глюкозы (ферментативными методами), инсулина (иммуноферментным анализом). Активность липопротеидлипазы (ЛПЛ) плазмы крови определяли по освобождению жирных кислот из триглицеридов (ТГ) Интралипида. Для определения интенсивности действия фермента определяли эффективность липолиза - количество гидролизованных ТГ под влиянием гепарина на единицу активности фермента (ΔТГ/ЛПЛ). Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывали по формуле ИМТ=вес(кг)/рост(м2) .

Были обнаружены некоторые различия в активности липопротеидлипазы и эффективности липолиза в зависимости от типа гиперлипидемии. Так, активность ЛПЛ в контрольной группе составила 9,03±0,71ммоль/л/мин, у пациентов с к-ДЛП - 9,63±0,99ммоль/л/мин, а при и-ГТГ эта величина составила 5,57±0,99ммоль/л/мин. Тем не менее, при расчете эффективности липолиза наиболее интенсивно протекает липолиз именно у пациентов с и-ГТГ. Данная величина в контрольной группе составила 3,23, у пациентов с к-ДЛП - 8,19, а при и-ГТГ - 18,23. Однако в целом наблюдаемая высокая эффективность (интенсивность) липолиза не способствует нормализации уровня ТГ у больных с ГТГ. В нашей работе также было показано, что уровень ТГ коррелирует с ОХС (r=0,75), а-ХС (r=-0,58), НЭЖК (r=0,68), ИМТ (r=0,46), инсулином (r=0,42). Уровень НЭЖК коррелирует с ОХС(r=0,52), инсулином (r=0,55), а-ХС(r=-0,47). Инсулин, помимо вышеперечисленного, достоверно коррелировал с ИМТ(r=0,59). Был также проведен множественный регрессионный анализ. В качестве зависимой переменной включали уровень ТГ в крови. Независимыми переменными были ИМТ и показатели липидного и углеводного обмена. Оказалось, что концентрация ТГ в плазме зависела только от содержания НЭЖК (коэффициент регрессии B = 244,4±118,7; T = 2,1; p<0,05) и α-ХС (B = -7,65±3,33; T = -2,30; p<0,03). В свою очередь, уровень НЭЖК зависел только от концентрации инсулина (B =0,015±0,07; T= 2,25; p<0,003). И, наконец, концентрация инсулина зависела только от ИМТ (B =0,637±0,198; T= 3,22; p<0,003).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что, несмотря на некоторые различия, биохимические механизмы, участвующие в формировании к-ДЛП и и-ГТГ, имеют много общего и, возможно, обуславливают развитие метаболического синдрома.

0027 СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Адилова И.Г.
Республиканский Специализированный Центр Хирургии им. акад. В.Вахидова, Ташкент, Узбекистан

Целью исследования является определение тактики лечения больных нестабильной стенокардией в свете применения интервенционных методов.

Материал и методы: 74 пациентов с нестабильной стенокардией были включены в исследование, которым проводились данные вмешательства в нашем центре за последние 3 года. Из них 54 пациентам выполнена транслюминальная баллонная ангиопластика (ТЛБАП) со стентированием и 20 пациентам проводилось консервативное лечение Клиническими факторами, с помощью которых оценивалась эффективность лечения непосредственно после данных вмешательств, являлись: наличие или отсутствие симптомов стенокардии, инфаркт миокарда, данные эхокардиографии (ЭхоКГ), электрокардиографии, вэлоэргометрии. В обеих группах преобладали пациенты мужского пола. Из них ранняя постинфарктная стенокардия отмечалась у 55 больных, прогрессирующая стенокардия - у 28 больных. Инфаркт миокарда в анамнезе выявлен в 48,1 % случаев в группе ТЛБАП и 60% случаев в группе контроля. Из сопутствующих заболеваний артериальная гипертензия отмечалась в 81,5% и 95%, сахарный диабет в 9,2% и 35%, ожирение у 59,3% и 60% больных соответственно. Наиболее часто поражалась передняя нисходящая арте-

рия (в группе со стентированием в 51 случаев, в контрольной группе в 16).

Результаты: Было выполнено 54 операций ТЛБАП со стентированием: 37 (68,5%) больным - одного коронарного сосуда, 13 (24%) - 2х коронарных сосудов и 4 (7,4%) - 3х коронарных сосудов. 8 больным была произведена реканализация, ангиопластика со стентированием, 42 больным проведена ангиопластика со стентированием. Во время и после стентирования у больных осложнений не наблюдалось. У одного больного во время операции была отмечена фибрилляция желудочков, в связи с чем была произведена дефибрилляция. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. У 11 больных непосредственно после ТЛБАП со стентированием при проведении ЭКГ в динамике наблюдалось улучшение коронарного кровообращения, ухудшение отмечалось у 1 пациента. В ближайшем периоде стенокардия отсутствовала у 44 больных после стентирования. По данным ЭхоКГ фракция выброса левого желудочка до операции варьировала от 30,21% до 68% (в среднем составила 49,6%) и в послеоперационном периоде от 35% до 72% (в среднем 54,8%).Через 6 месяцев 10 больным проведена повторная коронаровентикулография (КВГ), и из них 3 пациентам проведено стентирование других пораженных артерий, а 5 больным коронарное шунтирование. Во второй группе (контрольная группа), всем 20 больным была проведена КВГ. Всем пациентам проводился стандарт интенсивной терапии, включающий аспирин, нитраты, гепарина или низкомолекулярный гепарин, а также применение β-адреноблокаторов. В результате медикаментозного лечения удовлетворительные результаты получены у 9 больных (45%), неудовлетворительные - у 7 (35%). Инфаркт миокарда развился у 4 (20%) пациентов, из них у 2 пациентов с летальным исходом. В период наблюдения от 3 до 6 месяцев 8 больным проведено - аортокоронарное шунтирование.

Выводы: 1. Сравнивая непосредственные и ближайшие результаты эндоваскулярного метода лечения ИБС при нестабильной стенокардии, можно отметить, что ТЛБАП со стентированием имеет стойкий клинический эффект.

2. В ближайшем послеоперационном периоде стенокардия отсутствовала у 44 (81.4%) больных после ТЛБАП.

0028 ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА, ГОМОЦИСТЕИНА, ЛИПОПРОТЕИНА (а) И ФИБРИНОГЕНА В КРОВИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Азизов В.А., Мамедли С.М.
Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан

Цель: изучение возрастных особенностей некоторых факторов риска при ишемической болезни сердца.

Материалы и методы: Материалом для исследования послужили 224 больных ишемической болезнью сердца (ИБС), у которых было изучено содержание в крови С-реактивного белка, гомоцистеина, липопротеина (а) и фибриногена. Все больные были распределены на три возрастные группы (45-54; 55-64; 65-74), с установленными основными характеристиками изученных показателей (средние величины, стандартные отклонения, центилы, квинтилы, квартилы).

Результаты: Показано, что с возрастом у пациентов увеличивается среднее содержание в крови С-реактивного белка (21,4±0,98; 25,2±1,11; 28,7±1,21 мг/л), гомоцистеина (15,96±0,39; 19,68±0,41 и 23,74±0,53 ммоль/л), липопротеина (а) (25,48±0,76; 29,19±0,82 и 32,34±0,91 мг/дл) и фибриногена (214,6±2,46; 226,8±2,53 и 238,7±2,72 мг/дл). Повышенные уровни изученных показателей были отмечены у преобладающего количества пациентов в возрастных группах 45-54; 55-64; 65-74 - выше 25 и 10-й просентили по СРБ; 50 и 25-й просентили по гомоцистеину; 50-й просентили по липопротеину (а). Анализ полученных материалов показывает, что с возрастом пациентов достоверно возрастает в крови содержание С-реактивного белка, гомоцистеина, липопротеина (а) и фибриногена. Причем высокое содержание всех этих веществ в крови у одного и того же пациента имело место в 5±2,8% случаях в возрасте 45-54 года, 11,6±3,5% в возрасте 55-64 года, 14,1±3,9% в возрасте 65-74 года. Сочетанные повышения нормы из числа изученных факторов в разных возрастах (сочетание двух, трех и четырех) отмечались у 8,9-15,4% пациентов.

Выводы: Считаем необходимым осуществление мониторинг за содержанием С-реактивного белка, гомоцистеина, липопротеина (а) и фибриногена в крови у больных ИБС для своевременной их коррекции.

0029 ИЗУЧЕНИЕ КОРРЕЛЯЦИИ МЕЖДУ КОНЦЕНТРАЦИЯМИ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА, ГОМОЦИСТЕИНА, ЛИПОПРОТЕИНА (а) И ФИБРИНОГЕНА В КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Азизов В.А., Мамедли С.М.
Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан

Целью данного исследования является изучение корреляционной связи между некоторыми факторами риска у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы: Объектом клинического исследования послужил 224 больных ИБС в возрасте 45-74 года. У всех больных были изучены содержание в крови С-реактивного белка, гомоцистеина, липопротеина (а) и фибриногена.

Результаты: Полученные результаты показали, что между содержанием в крови С-реактивного белка и гомоцистеина (r=0,40), липопротеина (r=0,52), фибриногена (r=0,53) имеется достоверная корреляционная связь. Содержание гомоцистеина не имело значимой корреляционной связи с содержанием как липопротеина (r=-0,09), так и фибриногена (r=-0,22). Содержание липопротеина и фибриногена имели между собой достоверную корреляционную связь (r=0,48). Изучение корреляционной связи между содержанием в крови С-реактивного белка, гомоцистеина, липопротеина (а) и фибриногена в группах пациентов с нормальным и высоким уровнем этих компонентов показало, что характер корреляционной связи неодинаков. Так, при нормальном уровне этих компонентов в крови выявляется существенная связь между содержанием гомоцистеина и фибриногена (r=0,60), липопротеина и фибриногена (r=0,50). При высоком уровне изученных компонентов в крови достоверная корреляционная связь выявляется между С-реактивном белком и липопротеином (а) (r=0,70), а также фибриногеном (r=0,60), гомоцистеином и липопротеином (r=0,70), гомоцистеином и фибриногеном (r=0,60), липопротеином (а) и фибриногеном (r=0.90).

Выводы: СРБ, гомоцистеин, липопротеин (а) и фибриноген являются самостоятельными факторами риска, связь между ними непостоянна и зависит от ситуационных факторов.

0030 МОРФО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ СЕКРЕТОРНЫХ КАРДИОМИОЦИТОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРОПРАНАЛОЛА В ДИНАМИКЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Азизов В.А., Мурадова С.Р., Курбанова Х.И, Ибрагимова Ш.С., Эфендиева Л.Г., Садыгова Т.А.
Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан

Целью исследования являлось изучение корреляционно-статистических параметров параэндокринной секреции в предсердиях при использовании пропраналола в динамике моделированного инфаркта миокарда.

Материалом для исследования послужили сердца 7-ми контрольных (интактных) и 15-ти собак с моделированным инфарктом миокарда. Исследования проводились на беспородных собаках обеих полов в возрасте 1,5-2 года, весом 8-13 кг. После моделирования инфаркта применялся пропраналол в дозе 50мг/сутки и через 24, 48 и 72 часа была проведена торакотомия по методу Гросса. Для светооптических исследований были использованы материалы некротизированных очагов правого и левого предсердий, а также их различные участки.

Результаты: Правое ушко. Предсердные секреторные кардиомиоциты являются аргирофильными. Количество позитивно окрашенных клеток на 100 кардиомиоцитов составляет: 197,0±12,0 клеток в контрольной группе; 220,0±12,0 - после 24-х часов моделированного инфаркта; 215±10,0 - после 48-ми часов и 200,0±14,0 - после 72-х часов. В латеральной стенке правого предсердия количество позитивно окрашенных клеток на 100 исследуемых клеток составляет: 166,0±12,0 клеток в контрольной группе; 175,0±11,0 после 24-х часов моделированного инфаркта; 178,0±13,0 после 48-ми часов и 173,0±13,0 после 72-х часов. Передняя стенка правого предсердия. Количество позитивно окрашенных клеток на 100 клеток составляет: 144,0±16,0 клеток в контрольной группе; 150,0±11,0 после 24-х часов моделированного инфаркта; 154,0±14,0 после 48-ми часов и 15,0±9,0 после 72-х часов. Ушко левого предсердия. Количество позитивно окрашенных клеток на 100 клеток составляет: 134,0±6,0 клеток в контрольной группе; 155,0±12,0 после 24-х часов моделированного инфаркта; 150,0±13,0 после 48-ми часов и 145,0±14,0 после 72-х часов. В латеральной стенке левого предсердия количество позитивно окрашенных клеток на 100 клеток составляет: 140,0±4.0 клеток в контрольной группе; 15,0±12,0 после 24-х часов моделированного инфаркта; 146,0±15,0 после 48-ми часов и 140,0±11,0 после 72-х часов. Передняя стенка левого предсердия. Количество позитивно окрашенных клеток на 100 клеток составляет: 172,0±13,0 клеток в контрольной группе; 186,0±15,0 после 24-х часов моделированного инфаркта; 188,0±16,0 после 48-ми часов и 180,0±12,0 после 72-х часов.

Выводы: Таким образом, с использованием пропраналола при экспериментальном инфаркте миокарда в результате увеличения давления в предсердиях и их растяжения, вследствие компенсаторного увеличения венозного возврата к сердцу, наблюдается компенсаторное повышение количества секреторных кардиомиоцитов.

0031 СРАВНИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ ЭНАЛАПРИЛА И ЛОЗАРТАНА НА ГИПЕРТРОФИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АД ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Азизов В.А., Эфендиева Л.Г.
Азербайджанский Медицинский Университет, Баку, Азербайджан

Целью исследования явилось сравнительное изучение влияния ИАПФ и блокаторов АТ1-ангиотензиновых рецепторов на гипертрофию левого желудочка в зависимости от показателей суточного мониторирования АД у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материалом исследования стали 100 больных ГБ. Больные были распределены на 2 группы в зависимости от уровня АД: на ГБ I степени (n=66; 66±4,7%) и ГБ II степени (n=34; 34±4,7%). Возраст больных - от 35 до 80 лет. Мужчин – 32 больных, женщин – 68. Диагноз ГБ устанавливался на основании результатов двухэтапного клинико-инструментального исследования по общепринятой программе, предложенной Г.Г.Арабидзе (1978). В результате тщательной рандомизации группы больных принимавших эналаприл и лозартан были идентичны по исходному уровню АД (САД и ДАД), весу тела, возрасту, полу, продолжительности и тяжести ГБ. Следовательно, полученные данные были сопоставимы. В исследовании 50 больных принимали эналаприл (эналаприл малеат) KRKα (Словения) в дозе от 5-20 мг/сут в течение 12 недель, другие 50 больных лозартан (ангизаар) MRKTD βy βrown London 25-50 мг/сут.

Результаты исследования показали, что при сравнительном действии препаратов на показатели ГЛЖ получено достоверное преимущество лозартана над эналаприлом, в частности лозартан снизил ТМЖП на 7,5% (p<0,001) против 0,8%, ТЗСЛЖ уменьшил на 8,8% (p<0,001), против 0,7%, ММЛЖ уменьшил на 12,1% (p<0,01) против 0,8%, ИММЛЖ уменьшил на 12,2% (p<0,05) против 0,6%, ОТС уменьшил на 8,6% (p<0,001) против 1%. Также при лечении эналаприлом динамика регрессии ИММЛЖ наблюдалась у больных с легкой и умеренной степенью выраженностью ГЛЖ в основном по САД у нон-дипперов, по ДАД у найтпикеров. А при лечении лозартаном динамика регрессии наблюдалась при выраженной степени ГЛЖ, в основном по САД у нондипперов и найт-пикеров, а по ДАД у овер-дипперов.

Выводы: в отличие от эналаприла, действие лозартана на уменьшение массы миокарда ЛЖ было достоверно эффективным, особенно наблюдался выраженный регресс тяжелой степени ГЛЖ преимущественно у больных с ночной гипертензией.

0032 ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФЕНОТИПИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ УШНОЙ РАКОВИНЫ В РАЗВИТИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Айсаева Х.М. , Ахмедханов С.Ш.
Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала, Россия

Цель исследования. Оценить прогностическое значение фенотипических маркеров при осмотре ушной раковины в развитии инфаркта миокарда (ИМ) у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы. Обследовано 150 пациентов ГБ различной степени тяжести. Диагноз ГБ устанавливали на основании критериев ВОЗ. Средний возраст исследуемых составил 61,1±0,79 лет, из них 82 мужчин и 68 женщин. Все больные были разделены на 2 группы: 1-я группа (n=78)- больные с неосложненным течением ГБ; 2-я группа (n=72)- больные, у которых на фоне ГБ развился инфаркт миокарда (ИМ). ИМ подтверждался данными ЭКГ и ЭхоКГ. С помощью осмотра ушной раковины изучались следующие фенотипические маркеры: III тип мочки уха (приращение мочки к лицевой части без вырезки к щеке), гипоплазия мочки (уменьшение мочки наполовину от обычного размера), утолщение мочки, раздвоение козелка (удвоение козелка с вырезкой между выступающими частями), дарвиновский бугорок (выступ на внутренней стороне завитка, в задневерхней его части), раскрученный завиток, микротия (уменьшение размера ушных раковин), оттопыренные уши (отстояние ушей от мозгового черепа на 70^0- 90^0),

Результаты и обсуждение. При сравнении результатов анализа фенотипических маркеров у исследуемых пациентов было установлено, что в группе больных ГБ, осложненной ИМ, по сравнению с группой больных с неосложненным течением ГБ, достоверно чаще встречается III тип мочки уха (X2=17,6; p<0,01), оттопыренные уши (X2=4,3; p<0,05) и гипоплазия мочки(X2=3,4; p<0,05). В распределении таких маркеров, как утолщенная мочка, раздвоение козелка, микротии, дарвиновский бугорок, раскрученный завиток, статистически значимые различия у больных ГБ в обеих группах не выявлены.

Выводы. Предикторами развития инфаркта миокарда у больных гипертонической болезнью являются III мочки уха, оттопыренные уши, гипоплазия мочки.

0033 КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВЕНОЗНОЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Акаемова О.Н., Коц Я.И., Железнов Л.М., Кудрина Е.В.
Областная клиническая больница №2, Оренбургская государственная медицинская Академия, Оренбург, Россия

Венозная система сердца (ВСС) при хронической сердечной недостаточности (ХСН) практически не изучена. Есть все основания считать, что ВСС играет важную роль в развитии ХСН и ее течении.

Цель работы: Выявить состояние ВСС и изменение ее при ХСН.

Сравнить изменение венечного синуса сердца (ВС) и периферического венозного давления (ПВД) у больных с синдромом ХСН.

Материалы и методы: В исследование были включены 81 пациент с синдромом ХСН, средний возраст которых составил 56

лет. В зависимости от степени выраженности явлений ХСН все пациенты были распределены на три группы: с ХСН IIА, III-IVФК (18 человек), с ХСН IIБ, III-IVФК (37 человек) и ХСН III стадии (26 человек). В исследование включались пациенты с ХСН на фоне ИБС, артериальной гипертонии, хронической ревматической болезни сердца, кардиомиопатий. Для изучения ВС использовалось Эхо-КГ исследование. ПВД измерялось аппаратом Вальдмана. При выполнении морфологической части работы изучались 10 сердец взрослых людей обоего пола в возрасте до 40 лет, умерших от причин не связанных с заболеванием сердца; 20 сердец людей, умерших с явлениями ХСН разных стадий. Морфологические изменения ВС изучались методом световой микроскопии.

Результаты: Значения ПВД у исследуемых пациентов варьировали от нормальных значений (у 12 человек) до 390 мм вд.ст. максимально. Средняя величина ПВД – 162,13 мм вд.ст. При анализе зависимости ПВД от степени тяжести ХСН выявлено: у пациентов с ХСН IIА ст, III-IV ФК среднее значение ПВД равнялось 126,11мм.вд.ст.; у пациентов IIБ и III стадиями соответственно – 168 и 192,30 мм вд.ст. Размер ВС в среднем составил 11,17см. Соответственно стадиям ХСН размеры ВС равнялись 8,76см, 10,01см и 14,7см. Морфологическое и гистологическое изучение ВС показало, что при ХСН происходит увеличение просвета и толщины стенки ВС; увеличение толщины стенки обусловлено большей частью за счет увеличения толщины средней оболочки.

Выводы: При хронической сердечной недостаточности периферическое венозное давление в большинстве случаев повышается, размеры венечного синуса увеличиваются.

Увеличение периферического венозного давления и размера венечного синуса зависят от степени выраженности хронической сердечной недостаточности.

Морфологически при хронической сердечной недостаточности происходит увеличение просвета и толщины стенки венечного синуса за счет его среднего слоя.

0034 КОНВЕНЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ ТЮМЕНИ И СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС НАСЕЛЕНИЯ

Акимова Е.В., Гакова Е.И., Каюмова М.М., Смазнов В.Ю., Гафаров В.В., Кузнецов В.А.
Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель: изучение информированности о конвенционных факторах сердечно-сосудистого риска и их распространенности в различных социальных группах открытой популяции Тюмени.

Методы. Эпидемиологическое исследование проводилось на двух репрезентативных выборках из избирательных списков граждан 25-64 лет Центрального административного округа г.Тюмени методами почтового опроса и кардиологического скрининга. Осведомленность населения о факторах риска ИБС рассматривалась в зависимости от социального градиента: уровня образования, профессиональной принадлежности и брачного статуса. Оценка уровней соматических факторах риска (ФР) ИБС в зависимости от социального градиента проводилась на кардиологическом скрининге.

Результаты. По данным почтового опроса, наименее известным фактором риска независимо от уровня образования оказался повышенный уровень холестерина крови. По трем из рассматриваемых ФР ССЗ достоверно больший процент положительных ответов получен у лиц с высшим и средним образованием сравнительно с начальным его уровнем. Осведомленность об АГ у рабочих среднего и тяжелого физического труда была существенно ниже, чем у специалистов и пенсионеров, о гиперхолестеринемии – имела значимые различия и с рабочими легкого физического труда. Минимальные знания по избыточной массе тела сравнительно с группой ИТР и специалистов показали лица среднего физического труда (75,2% – 89,1%, $p<0,05$). В зависимости от брачного статуса более осведомленными по поводу наименее узнаваемого ФР ССЗ – гиперхолестеринемии – оказались лица, состоящие в браке, и вдовые, наименее информированными – лица, состоящие в разводе. По данным кардиологического скрининга, наиболее высокая распространенность АГ отмечалась у лиц с начальным уровнем образования, вдовых, занятых тяжелым физическим трудом и пенсионеров, а также у мужчин, состоящих в разводе. Ожирение наиболее часто встречалось у мужчин с начальным уровнем образования (24,8%), занятых легким физическим трудом (29,2%). Наиболее низкая распространенность избыточной массы тела получена у одиноких мужчин и женщин. Распространенность гиперхолестеринемии достоверно чаще преобладала среди мужчин, состоящих в разводе (26,1%), сравнительно с семейными мужчинами (14,6%).

Заключение. В соответствии с найденной прямой зависимостью информированности населения о сердечно-сосудистых заболеваниях и их факторах риска от социального градиента, более высокой распространенностью соматических факторов риска в группах с низким социальным статусом необходимо планирование и внедрение программы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в г. Тюмени с дифференцированным вмешательством в каждой социальной группе.

0035 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ БИСОПРОЛОЛОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОКИНОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ: ИЗОЛИРОВАННОЙ И В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 1 СТАДИИ

Аксенова Т.А., Горбунов В.В., Пархоменко Ю.В.
ЧГМА, Чита, Россия

Цель нашего исследования: изучить уровни некоторых провоспалительных и противовоспалительных цитокинов у больных гипертонической болезнью (ГБ) 1-2 стадии при изолированном её течении, а также в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) 1 стадии и проследить влияние 6-месячной терапии бисопрололом на цитокиновый профиль.

Методы: обследовано 16 больных изолированной ГБ и 16 больных с сочетанием ГБ и ХОБЛ 1стадии. Пациенты получали гипотензивную терапию бисопрололом (конкор, «Никомед», Германия) в течение 6 месяцев в дозе 2,5-5 мг в сутки. У всех пациентов ХОБЛ была вне обострения. Также обследовано 22 здоровых пациента соответствующего возраста и пола. До начала и после окончания лечения всем обследованным определяли фактор некроза опухоли альфа (ФНО-α), интерлейкин-4 (ИЛ-4) и интерлейкин-1β (ИЛ-1β) методом иммуноферментного анализа, использовались наборы ООО «Протеиновый контур» г. Санкт-Петербург. Результаты оценивали на спектрофлуориметре «Hitαchi MPF–4» (Япония) при длине волны 450 нм. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ StαtisticΑ 6,0 (StαtSoft).

Результаты: у пациентов изолированной ГБ уровни провоспалительных цитокинов были повышены по сравнению с контролем. Так уровень ИЛ-1β был увеличен в 4,2 раза, ФНО-α – в 5,3 раза. Сочетание ГБ и ХОБЛ привело к ещё большему увеличению ИЛ-1β и ФНО-α - в 5,7 и 9 раз соответственно. Уровень ИЛ-1β у больных с сочетанием ГБ и ХОБЛ был выше на 34,4% по сравнению с больными с изолированной ГБ, уровень ФНО-α – на 59,1%. Провоспалительный ИЛ-4 имел тенденцию к повышению.

На фоне 6-месячной терапии бисопрололом у всех пациентов достигнуты целевые цифры АД. Проводился контроль бронхиальной проходимости на спирографе LF-501 (Великобритания), появления или утяжеления бронхообструкции не выявлено. Уровень ИЛ-1β у больных ГБ в сочетании с ХОБЛ снизился на 55,1%, при изолированной ГБ - на 42,4% (достоверны различия с уровнями до лечения), уровень ФНО-α снизился на 64,7 и 31,0% соответственно. Изменений концентрации ИЛ-4 на фоне лечения не выявлено.

Выявленные изменения цитокинового профиля свидетельствует об участии данных соединений в патогенезе сочетанной

патологии и возможности коррекции с применением гипотензивной терапии.

Выводы:

1. Выявлено повышение уровней ИЛ-1β, ФНО-α у больных ГБ 1-2 стадии по сравнению со здоровыми лицами. При наличии сопутствующей ХОБЛ 1 стадии отмечалось еще большее повышение данных цитокинов. Изменения уровня ИЛ-4 у пациентов обеих групп не выявлено.

2. 6-месячная терапия бисопрололом в дозе 2,5-5 мг привела к снижению уровней провоспалительных ИЛ-1β и ФНО-α у пациентов обеих групп, при этом наибольшее снижение наблюдалось при наличии сопутствующей ХОБЛ 1 стадии.

0036 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ БИСОПРОЛОЛОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОТЕЛИОЗА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ: ИЗОЛИРОВАННОЙ И В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 1 СТАДИИ

Аксенова Т.А., Горбунов В.В., Пархоменко Ю.В.
ЧГМА, Чита, Россия

Целью нашего исследования явился анализ влияния селективного β-адреноблокатора бисопролола на нитроксидпродуцирующую функцию эндотелия и количество десквамированных эндотелиоцитов у больных гипертонической болезнью (ГБ), как изолированной, так и в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) 1 стадии.

Методы: Обследовано 32 пациента с ГБ 1-2 стадии. Больные были разделены на 2 группы: 16 пациентов с изолированной ГБ и 16 пациентов имели сочетание ГБ и ХОБЛ 1стадии. Диагноз ХОБЛ выставлен на основании клинических и спирографических признаков, у всех пациентов наблюдалась ремиссия ХОБЛ. Контрольную группу составили 14 здоровых лиц. Пациенты получали гипотензивную терапию бисопрололом (конкор, «Никомед», Германия) в течение 6 месяцев в дозе 2,5-5 мг в сутки. У всех пациентов ХОБЛ была вне обострения. До начала и через 6 месяцев лечения определяли количество десквамированных эндотелиоцитов по методу Hladovec J., 1978 и состояние нитроксидпродуцирующей функции эндотелия по методу Голикова П.П. Определялось содержание нитрита/нитрата и суммарное количество метаболитов оксида азота. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ Statistica 6,0 (StatSoft).

Результаты: До лечения показатели нитроксидпродуцирующей функции эндотелия у пациентов обеих групп были снижены, по сравнению с контролем, причем в большей степени при сочетании ГБ и ХОБЛ. Количество десквамированных эндотелиальных клеток в обеих группах было в 3 раза выше, по сравнению со здоровыми лицами.

На фоне 6-месячной терапии бисопрололом у всех пациентов достигнуты целевые цифры АД. Проводился контроль бронхиальной проходимости на спирографе LF-501 (Великобритания), появления или утяжеления бронхообструкции не выявлено. Лечение бисопрололом привело к уменьшению проявлений эндотелиоза. У больных с изолированной ГБ нитриты повысились на 19,1%, нитраты – на 25,1% и суммарные метаболиты оксида азота на 19,3%. Количество десквамированных эндотелиоцитов снизилось на 61,33%. У пациентов ГБ в сочетании с ХОБЛ улучшение показателей было чуть меньшим: нитраты повысились на 19%, суммарные метаболиты оксида азота на 15,1%, слущенные эндотелиальные клетки снизились на 58,7%.

Выводы:

1. Длительный прием бисопролола способствовал стойкому гипотензивному эффекту и не привел к ухудшению бронхиальной проходимости у пациентов с 1 стадией ХОБЛ

2. Улучшение нитроксидпродуцирующей функции эндотелия при лечении бисопрололом наблюдалось у пациентов обеих групп, более выражено – при изолированной ГБ

3. Количество десквамированных эндотелиоцитов достоверно снижалось при приеме бисопролола у пациентов обеих групп.

0037 ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ И ИХ КОРРЕКЦИЯ НЕБИВОЛОЛОМ

Алдушина К.А., Задионченко В.С., Погонченкова И.В., Нестеренко О.И., Щикота А.М.
МГМСУ, Москва, Россия

Цель: изучение особенностей эндотелиальной дисфункции и активности апоптоза у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), осложненной формированием хронического легочного сердца (ХЛС), с оценкой влияния на эти показатели небиволола.

Материалы и методы: проведено обследование 40 больных ХОБЛ, осложненной ХЛС (22 – в стадии компенсации, 18 – декомпенсированным ХЛС). Среди пациентов 31 мужчина и 9 женщин, средний возраст - 63,2±6,4 лет, 95% больных курили, средний стаж курения 39,4±6,9 лет. В течение 6 месяцев пациенты получали небиволол (Небилет, «Берлин-Хеми») в дозе 2,5-5 мг/сут. Определялся уровень нитритов/нитратов в плазме крови и конденсате выдыхаемого воздуха и активность каспаз в лимфоцитах периферической крови.

Результаты: при исследовании уровня нитритов и нитратов в плазме крови была выявлена высокая их концентрация, особенно у пациентов с декомпенсированным ХЛС (17,2±3,2мкМ ($p<0,01$) в группе с компенсированным ХЛС, 40,02±4,1мкМ ($p<0,001$) в группе с декомпенсированным ХЛС), что подтверждалось исследованием конденсата выдыхаемого воздуха. Полученные данные свидетельствуют о компенсаторной гиперпродукции оксида азота (NO), вплоть до цитотоксического действия при декомпенсации ХЛС. Зафиксировано нарастание активности каспаз (7,47±4,02 Нг/мкг у больных с компенсированным ХЛС, 15,7±3,07 ($p<0,01$) – при декомпенсации ХЛС), свидетельствующее об усилении апоптоза по мере декомпенсации заболевания. На фоне терапии небивололом отмечается ограничение синтеза NO, достоверное в группе декомпенсированного ХЛС (Δ% - 25,5 ($p<0,01$) в плазме крови; Δ% - 38,8 ($p<0,01$) в конденсате выдыхаемого воздуха). Динамика уровня каспаз свидетельствует о замедлении процесса патологического апоптоза на фоне лечения.

Выводы: у пациентов с ХЛС имеет место усиление локального и общего синтеза NO (что ведет к цитотоксическому эффекту при декомпенсации ХЛС), активация процессов патологического апоптоза; на фоне терапии небивололом отмечается ограничение гиперпродукции NO и апоптоза, наиболее выраженное в группе декомпенсированного ХЛС.

0038 ОБОСНОВАННОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Александрова Т.С., Карякина Т.Н., Котляров А.А., Грибанов А.Н.
ГОУВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», медицинский факультет, кафедра госпитальной терапии РМ, Саранск, Россия

Цель исследования. Исследовать влияние эмоксипина, рибоксина, милдроната на результаты кардиоверсии (КВ) у пациентов с персистирующей фибрилляцией предсердий.

Материалы и методы исследования. Обследованы 4 группы пациентов. 1-ую группу составили 30 человек, получавших базисную терапию. 2-ую – 25 пациентов, которые наряду с базисной терапией получали эмоксипин по 50 мг/сут в/в. 3-ю группу – 13 пациентов, которые получали милдронат 50 мг/сут в/в. 4-ую группу – 20 пациентов, которым назначали рибоксин по 200 мг/сут в/в. Программа обследования: ЭхоКГ на фоне ФП и на 5 сутки после КВ, ЭКГ и ХМ ЭКГ в первые сутки после КВ. Сравнивали изменения параметров до и после КВ.

Полученные результаты. В 1-ой группе 18 больным (60%) проводили электрическую кардиоверсию (ЭКВ), у 12 пациентов (40%) для купирования ФП использовали хинидин в средней дозе 1,3±0,1 г/сут. Эффективность ЭКВ составила 83%, а медикаментозной кардиоверсии (МКВ) – 58%. У 6 больных синусовый ритм не восстановился. Рецидив ФП развился у 12 пациентов (40%) в среднем через 86±31 дней. Во 2-ой группе 14 пациентам (56%) проводили ЭКВ, 11 пациентам (44%) – МКВ. Эффективность ЭКВ составила 72%, МКВ – 91%. У 3 больных ритм не восстановился. Рецидив ФП во 2-ой группе развился у 1 пациента (4%) в среднем через 180 дней. В 3-ей группе 11 пациентам (85%) проводили ЭКВ, 2 пациентам (15%) – МКВ. Эффективность ЭКВ составила 93%, МКВ – 85%. У 1 больного (7%) ритм не восстановился. Рецидив ФП развился у 1 пациента (7%) через 5 дней. В 4-ой группе 7 пациентам (35%) проводили ЭКВ, 13 пациентам (65%) – МКВ. Эффективность ЭКВ составила 95%, МКВ – 40%. У 5 больных (25%) ритм не восстановился. Рецидив ФП развился у 2 пациентов (10%) через 26 дней.

При оценке параметров ЭКГ в сравниваемых группах достоверных различий не выявлено.

ХМ ЭКГ в 1-ой группе: ЧСС max – 100±4 в 1 мин, ЧСС min – 51±1 в 1 мин; одиночные НЖ экстрасистолы (Э) - 186±172 за сутки, ЖЭ - 629±20 за сутки. ХМ ЭКГ во 2-ой группе: ЧСС max – 93±7 в 1 мин, ЧСС min – 49±1 в 1 мин; НЖЭ - 70±44 за сутки, ЖЭ - 88±51 за сутки. ХМ ЭКГ в 3-ей группе: ЧСС max – 96±3 в 1 мин, ЧСС min – 51±1 в 1 мин; НЖЭ - 233±226 за сутки, ЖЭ - 17±26 за сутки. ХМ ЭКГ в 4-ой группе: ЧСС max – 102±11 в 1 мин, ЧСС min – 47±2 в 1 мин; НЖЭ - 230±276 за сутки, ЖЭ - 5±695 за сутки.

ЭхоКГ в 1-ой группе: ЛП увеличилось на 1% (p=0,8), КДР уменьшился на 3% (p=0,03), КСР уменьшился на 6% (p=0,004), ФВ увеличилась на 8% (p=0,001). ЭхоКГ во 2-ой группе: ЛП уменьшилось на 5% (p=0,002), КДР уменьшился на 3% (p=0,03), КСР уменьшился на 6% (p=0,006), ФВ увеличилась на 9% (p=0,001). ЭхоКГ в 3-ей группе: ЛП увеличилось на 1% (p=0,52), КДР уменьшился на 4% (p=0,03), КСР уменьшился на 6% (p=0,01), ФВ увеличилась на 6% (p=0,006). ЭхоКГ в 4-ой группе: ЛП увеличилось на 3% (p=0,15), КДР уменьшился на 4% (p=0,005), КСР уменьшился на 9% (p=0,0002), ФВ увеличилась на 8% (p=0,0008).

Выводы. 1. Курсовая метаболическая терапия улучшает параметры кардиогемодинамики после КВ (уменьшается КДР, КСР и увеличивается фракция выброса левого желудочка).

0039 ЗНАЧЕНИЕ ЕВРОПЕЙСКОЙ ПРОГРАММЫ ACS REGISTRY ДЛЯ КАРДИОЛОГОВ МОРДОВИИ

Александровский А.А., Макаркин Н.П., Аширов Р.З., Оганов Р.Г., Усанова А.А., Степанова Е.А., Колпаков Е.В., Кузнечик Т.А., Морозов М.Ю., Грибанов А.Н., Николаев В.И., Карякина Т.Н., Сурина Т.А.

ГОУВПО «Мордовский госуниверситет им. Н.П.Огарева», Министерство здравоохранения Республики Мордовия, Саранск, Россия

Цель работы. Исследовать характеристики острых коронарных синдромов (ОКС) в Мордовии в рамках общеевропейской Программы αCS Registry для оптимизации кардиологической помощи в Республике.

Методы. Заполнение компьютеризованной истории болезни, передача данных в Европейское общество кардиологов и получение оттуда ежемесячных отчетов через Интернет, анализ полученной информации. В работе участвовали клиническая больница на 1000 коек г. Саранска и 14 районных больниц. Исследование носило проспективный (исследовательский) характер, т.е. по международной классификации имело уровень С. На работу дано разрешение локального этического комитета. Получены данные о 500 пациентах с ОКС.

Результаты. После отбора дефектного материала в базу данных включены 391 истории болезни больных с ОКС, в т.ч. 217 мужчин (М.), и 174 женщины (Ж.). Соотношения Ж.: М. = 1:1,2, сельские (148 чел.) :городские (243 чел.) жители = 1:1,6. Средний возраст М. составил 60±1 год, женщин (Ж.) 68±1 год (P<0,001), причем 60% М. и 13% Ж. – трудоспособного возраста. Национальный состав больных соответствовал распределению основных национальностей в Республике Мордовия: русских 57,5%, мордвы 26,3%, татар 5,4%. Но мордва оказалась существенно моложе остальных, особенно городские мужчины: 56±1 год (P<0,001), татарки – самые старые: 72±3 года (у Ж. разница недостоверна). Трудоспособных мордвинов было больше (70%), а среди татарок больных трудоспособного возраста не было совсем (0%). Остальные факторы риска и их распределение в популяции следующие: сопутствующие АГ (79%), стабильная стенокардия (81%), сердечная недостаточность (56%), диабет (20%), хронические легочные болезни (16%), хронические болезни почек (2%), перенесенный в прошлом инфаркт миокарда (40%) и инсульт (10%), отягощенная по сердечно-сосудистым заболеваниям наследственность (64%). Курят 19%, индекс массы тела 27 кг/м2, гиперхолестеринемия >4,6 ммоль/л у 34%. Риск умереть в остром периоде, рассчитанный по методике GRACE (это новый показатель для нашей практики), в городской больнице и ЦРБ практически одинаков: 3%, в среднем: низкий, до 1% - 36% больных, промежуточный, 1-3% - 44% и высокий, более 3% - 20% больных. В группе умерших (30 чел.) указанный риск составил, в среднем 17% (минимальный 0, промежуточный у 19%, высокий – у 81%).

Более подробные характеристики больных ОИМ с подъемом ST и пациентов без подъема сегмента ST, а также нестабильной стенокардией (медико-социальные сведения, анамнез, статус, лечение, исходы, рекомендации и др.) будут представлены в докладе.

Выводы. Проведенная работа выявила ряд недостатков в организации кардиологической помощи больным с ОКС как в городе, так и в районах Республики Мордовия и позволила сформулировать конкретные предложения, направленные на ее оптимизацию.

0040 ВОЗМОЖНОСТИ ДОППЛЕРОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА

Алексеева О.А., Алехин М.Н., Сидоренко Б.А.**

Поликлиника ОАО «Газпром», Москва, Россия; Учебно-научный медицинский центр Управления делами Президента РФ*, Москва, Россия

Целью работы явилась оценка функционального состояния больных артериальной гипертензией с начальной диастолической дисфункцией левого желудочка (ЛЖ).

Материалы и методы. В исследование включен 71 больной артериальной гипертензией (65 мужчин и 6 женщин) в возрасте от 43 до 63 лет, имеющие допплер-эхокардиографические признаки диастолической дисфункции ЛЖ. В момент проведения исследования 85% больных находились на антигипертензивной терапии. В исследование не включали больных с сопутствующей ИБС, с гипертрофией ЛЖ и дилатацией левого предсердия. Всем пациентам при эхокардиографии проводилась оценка диастолической функции ЛЖ с расчетом отношения скорости раннего диастолического наполнения ЛЖ к ранней диастолической скорости латеральной части фиброзного кольца митрального клапана (E/E'). Критерием повышения конечного диастолического давления в ЛЖ считали увеличение E/E'≥10. Всем больным проводили тест с физической нагрузкой на тредмиле по стандартному протоколу Брюса.

Результаты. Все обследованные больные были распределены на две группы. В первую группу (39 человек) включены больные с признаками повышения конечного диастолического давления в ЛЖ (E/E'≥10). Во вторую группу (32 человека) включены больные, у которых отсутствовали признаки повышения конечного диастолического давления в ЛЖ (E/E'<10). Достоверных отличий по полу и возрасту между двумя группами не выявлено. При эхокардиографическом исследовании изменений структур-

но функциональных показателей ЛЖ в обеих группах не выявлено. Среди пациентов 1 группы достоверно выше были показатели САД, ДАД, ЧСС в покое, достоверно больше оказалась длительность артериальной гипертензии и более высокий индекс массы тела. Выявлена слабая обратная корреляционная связь между толерантностью к физической нагрузке и следующими показателями трансмитрального потока: скоростью раннего (r=-0,34, p=0,003) и позднего диастолического наполнения ЛЖ (r=-0,30, p<0,001) и временем изоволюметрического расслабления ЛЖ (r=-0,25, p=0,02). Умеренная обратная корреляционная связь выявлена между толерантностью к физической нагрузке и максимальной скоростью движения латеральной части митрального кольца E' (r=-0,4, p<0,01), а также E/E' (r=-0,65, p<0,001). При линейном регрессионном анализе только E/E' имела сильную линейную связь с толерантностью к физической нагрузке.

Выводы.1.Комбинированное применение оценки скорости раннего диастолического наполнения ЛЖ и скорости движения митрального кольца (E/E') возможно у всех больных с сохраненной систолической функцией ЛЖ. 2. У больных АГ без гипертрофии миокарда ЛЖ при наличии начальной диастолической дисфункции ЛЖ увеличение соотношения E/E'≥10 позволяет предположить снижение толерантности к физической нагрузке и может указывать на начальные признаки диастолической сердечной недостаточности.

0041 РОССИЙСКИЙ РЕГИСТР ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СИНДРОМОВ В ТВЕРИ. СООБЩЕНИЕ 1. ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ И ИСХОДЫ

Алексеев Д.В., Разыграев Р.А., Виноградов В.Ф., Иванина Е.В., Прутенская О.А., Лапик И.А.
Тверская государственная медицинская академия, МУЗ ГКБ № 6, Тверь, Россия

Цель: изучить клинико-эпидемиологические характеристики больных и исходы при остром коронарном синдроме (ОКС) в одном из специализированных кардиологических отделений города Твери.

Методы исследования: работа выполнена в рамках многоцентрового проекта – Российский регистр острых коронарных синдромов (РЕКОРД); руководитель – профессор Н.А. Грацианский. Согласно протоколу регистра РЕКОРД в исследование в течение 1 месяца включались все последовательно госпитализированные больные с подозрением на ОКС на момент поступления в стационар. В Твери включено 45 пациентов, поступивших в кардиологическое отделение МУЗ ГКБ № 6 в течение ноября 2007 года, в том числе 22 мужчины (49%) и 23 женщины (51%). Средний возраст пациентов составил 67±10 лет, при этом у мужчин он был несколько меньше (65±10 лет), чем у женщин (70±8 лет). На всех пациентов заполнялась подробная унифицированная анкета.

Результаты: стенокардия в анамнезе имелась у 31 пациента (69%), при этом у мужчин (12 человек – 55% всех включенных в исследование мужчин) реже, чем у женщин (19 человек – 83%). Ранее переносили инфаркт миокарда (ИМ) 23 (51%) больных, в том числе 10 (45%) мужчин и 13 (57%) женщин. Среди изученных в работе факторов риска на первом месте стоит артериальная гипертензия (АГ), выявленная у 40 (89%) больных – у 17 (77%) мужчин и у всех 23 (100%) женщин. Гендерные различия по данному признаку оказались статистически значимыми, p=0,02. На момент включения в исследование курили 9 (20%) больных, при этом мужчины (8 человек – 36 %) статистически значимо чаще, чем женщины (1 пациентка – 4%), p=0,01. Гиперхолестеринемия в анамнезе отмечена у 9 (20%) больных, у мужчин (2 человека – 9%) реже, чем у женщин (7 человек – 30%). Однако 27 (60%) пациентов не знали уровень своего холестерина, среди них было примерно поровну мужчин и женщин. Распространенность сахарного диабета (СД) среди больных ОКС составила 11%.

На момент госпитализации ОКС с подъемами сегмента ST выявлен у 12 (27%) пациентов, у 9 из них в итоге развился ИМ с зубцом Q (QИМ). У 33 (73%) больных при поступлении диагностирован ОКС без подъемов сегмента ST. При выписке QИМ наблюдался у 16 (36%) пациентов. У 8 (18%) больных отмечен ИМ без зубца Q. Нестабильная стенокардия диагностирована у 18 (40%) обследованных. Еще у 3 (7%) пациентов мужского пола констатирована хроническая ИБС. Значимых половых различий в структуре патологии выявлено не было. За время госпитализации умерли трое больных (все – женщины) с QИМ. Госпитальная летальность при ИМ составила 12,5%.

Выводы: 1. Среди основных факторов риска у больных ОКС наиболее часто встречается АГ; ее распространенность у женщин выше, чем у мужчин. Напротив, среди больных ОКС мужчин-курильщиков больше, чем женщин. 2. В структуре острой коронарной патологии при поступлении преобладал ОКС без подъемов сегмента ST. Окончательным клиническим диагнозом у этих больных чаще являлась нестабильная стенокардия. Госпитальная летальность при ИМ составила 12,5%; смертельные исходы отмечены только у больных QИМ.

0042 РОССИЙСКИЙ РЕГИСТР ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СИНДРОМОВ В ТВЕРИ. СООБЩЕНИЕ 2. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Алексеев Д.В., Костюк Т.А., Хичева Л.В., Перевалова Л.Г., Тулинов П.В., Стригин М.П.
Тверская государственная медицинская академия, МУЗ ГКБ № 6, Тверь, Россия

Цель: изучить особенности лечения больных острым коронарным синдромом (ОКС) в одном из специализированных кардиологических отделений города Твери и сопоставить его с имеющимися рекомендациями.

Методы исследования: работа выполнена в рамках многоцентрового проекта – Российский регистр острых коронарных синдромов (РЕКОРД); руководитель – профессор Н.А. Грацианский. Согласно протоколу регистра РЕКОРД в исследование в течение 1 месяца включались все последовательно госпитализированные больные с подозрением на ОКС на момент поступления в стационар. В Твери включено 45 пациентов, поступивших в кардиологическое отделение МУЗ ГКБ № 6 в течение ноября 2007 года, в том числе 22 мужчины (49%) и 23 женщины (51%). Средний возраст пациентов составил 67±10 лет, при этом у мужчин он был несколько меньше (65±10 лет), чем у женщин (70±8 лет).

Результаты: на момент госпитализации ОКС с подъемами сегмента ST выявлен у 12 (27%) пациентов, у 33 (73%) больных диагностирован ОКС без подъемов сегмента ST. При выписке инфаркт миокарда (ИМ) с зубцом Q (QИМ) наблюдался у 16 (36%) пациентов. У 8 (18%) больных отмечен ИМ без зубца Q. Нестабильная стенокардия диагностирована у 18 (40%) обследованных. Еще у 3 (7%) пациентов констатирована хроническая ИБС. Госпитальная летальность при ИМ составила 12,5%.

В стационаре проводилось следующее лечение: аспирин был назначен 41 пациенту (91%), в том числе 38 (84%) – в первые 24 часа; парентеральные антикоагулянты получали 42 (93%) больных (причем в абсолютном большинстве случаев это был нефракционированный гепарин); бета-адреноблокаторы (БАБ) и ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) были назначены в 40 (89%) случаях; антагонисты альдостероновых рецепторов использовались у 11 (24%) пациентов; нитраты применялись в 38 (84%) случаях, блокаторы кальциевых каналов – в 17 (38%); инотропная поддержка потребовалась 4 (9%) пациентам. Тромболитическую терапию не получил ни один больной ОКС.

При выписке аспирин был рекомендован 40 больным, что составило 95% всех выживших пациентов; ИАПФ назначены в 38 (90%) случаях; БАБ – в 36 (86%); рекомендации по приему статинов получили 23 (55%) больных; антагонистов альдостероновых рецепторов – 9 (21%) пациентов, варфарин был назначен только 1 человеку (2%). Частота назначения лекарственных препаратов в стационаре и при выписке не зависела от пола.

Выводы: лечение больных ОКС в реальной клинической практике не вполне соответствует имеющимся рекомендациям. На фоне широкого использования аспирина, гепарина, БАБ и ИАПФ обращает внимание недостаточно частое назначение ста-

тинов, редкое применение низкомолекулярных гепаринов и непрямых антикоагулянтов, отсутствие тромболитиков и тиенопиридинов.

0043 ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ТАРДИФЕРОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Алиева Д.З., Шанавазова С.А., Абусуева З.С., Ахмедова М.Д., Гаджиева З.Г., Абдулкадырова С.О., Чиликина Н.С.
ГОУ ВПО «Даггосмедакадемия ФАЗ СР», Махачкала, Россия

Цель исследования. Изучить возможность коррекции гемодинамических нарушений у беременных женщин с железодефицитной анемией (ЖДА) под влиянием краткосрочной ферротерапии.

Материал и методы. Было проведено обследование и лечение 52 женщин с ЖДА, из которых 25 беременных (ср. возраст 29,3±3,0 года, основная группа) и 27 небеременных (ср. возраст 28,4±1,1 года, контрольная группа), а также изучено состояние кардиогемодинамики у 48 практически здоровых женщин – 21 беременной (ср. возраст 26,9±1,4 лет) и 27 небеременных (ср. возраст 22,3±1,6 года).

Исследование гемодинамики проводилось методом эхокардиографии. Определялись конечно-систолический объем (КСО), конечно-диастолический объем (КДО), ударный объем (УО), минутный объем сердца (МОС), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС), среднее гемодинамическое артериальное давление (АД ср.).

В качестве железосодержащего препарата был использован комбинированный препарат тардиферон (фирмы Robofarm, Швейцария). Больные ЖДА получали внутрь элементарное железо в дозе 80 мг в сутки в течении 3-х недель.

Полученные результаты. Изучение исходных гемодинамических данных показало, что здоровым беременным женщинам характерен гиперкинетический тип кровообращения. Наличие у них ЖДА приводит к дальнейшему нарастанию выявленных изменений. Отмечено достоверное увеличение всех показателей сердечного выброса (УО, УИ, МОС, СИ) и объемов левого желудочка (КСО и КДО) на фоне снижения ОПСС ($p<0,05$).

Результаты динамического наблюдения после проведенного курса лечения тардифероном показывают, что у небеременных женщин с ЖДА положительный гемодинамический эффект выражен в большей степени чем у беременных. У них нормализовалось ЧСС, КДО снизился на 10,1%, КСО на 17,7%, УО на 10,25%, МОС на 28,48% (везде ($p<0,05$). Заметно снизились УИ и СИ, ОПСС достоверно возросло. У беременных женщин такой заметной динамики не наступило. Однако, имеющийся сдвиг, имеет ту же направленность, что и у небеременных.

Заключение. Полученные результаты позволяют положительно оценить кардиогемодинамические эффекты ферротерапии при лечении ЖДА. Даже кратковременный прием тардиферона приводит к достоверному улучшению практически всех показателей гемодинамики у небеременных женщин. Меньшая выраженность к нормализации у беременных объясняется сохранением у них гиперкинетического синдрома, свойственного и необходимого для нормального течения беременности.

0044 ВЛИЯНИЕ ТОРЕМИФЕНА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СОСТОЯНИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Алиев Дж.А., Азизов В.А., Садыгова Т.А.
Азербайджанский Национальный Онкологический Центр, Азербайджанский Медицинский Университет, Баку, Азербайджан

Целью исследования являлось оценить функциональное состояние миокарда у больных диссеминированным раком молочной железы, получивших гормонотерапию Торемифеном 60 мг в день в течение одного года.

Материалы и методы. В исследование включено 115 пациенток (средний возраст 40-60 лет), давших информированное согласие на оценку функции миокарда после лечения в периоде 1 года. Препарат принимали внутрь, ежедневно, длительно. Обследование включало в себя измерению АД, проведение ЭКГ, эхокардиографии. Средний период наблюдения составил 12 месяцев.

Результаты. После 12 месяцев гормонотерапии Торемифеном 60 мг у 26 пациенток отмечалось незначительно повышение АД, поддающееся медикаментозной коррекции, у 5 пациенток было отмечено стойкое повышение артериального давления, возможно связанное с гормонотерапией.

У 11% больных отмечались ЭКГ- признаки гипертрофии левого желудочка: увеличение зубца RI>15 мм, увеличение зубца RavL>13 мм, увеличение зубца R V5>26 мм, соотношение зубцов R V6>R V5>R V4; а также отклонение электрической оси сердца влево.

Ухудшение фракция выброса левого желудочка снизилось до уровня 50% у 13 больных. Бессимптомное нарушение функции левого желудочка отмечено у 18 больных.

Выводы. Таким образом, после 12 месяцев наблюдения побочные эффекты со стороны сердечно-сосудистой системы в группе Торемифен 60 мг были незначительными и легко поддающиеся медикаментозной коррекции. У большинства больных раком молочной железы польза от проведения гормонотерапии Торемифеном 60 мг значительно перевешивает риск возникновения нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы.

0045 ЧАСТОТА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ С ОТЯГОЩЕННОЙ И НЕОТЯГОЩЕННОЙ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬЮ

Алимухамедова Н.Р., Умаров Р.Т.
Республиканский специализированный центр кардиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель: оценить роль наследственной предрасположенности к сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ) в распространенности артериальной гипертензии (АГ).

Методы. Стандартизованные методы обследования популяции, принятые в эпидемиологии ССЗ. Статистическая обработка осуществлялась с использованием критериев Стьюдента, достоверность различий оценивали для уровней значимости менее 0,05.

Результаты. Анализ осуществлен среди 1131 мужчины и 1015 женщин с информативными родословными и членов 70 семей, входящих в случайные выборки, прошедших одномоментное эпидемиологическое обследование. Возраст обследованных 40-59 лет для мужчин и женщин, 14-29 лет для детей. Среди мужчин и женщин с отягощенной по ССЗ наследственностью АГ выявлялась достоверно чаще ($p=0,0001$), чем среди лиц с благоприятной в отношении ССЗ наследственностью: 55,9% и 47,0% по сравнению с 36,1% и 27,9% соответственно. У мужчин и женщин с отягощенной наследственностью средние уровни систолического и диастолического артериального давления (САД, ДАД) достоверно превышали аналогичные показатели лиц без отягощенной наследственности: 135,5±0,8; 91,0±0,5 и 129,3±0,8; 86,3±0,4 мм рт.ст. для мужчин ($p=0,0001$), и 135,4±1,1; 88,2±0,5 и 126,2±1,0; 83,2±0,6 мм рт.ст. для женщин ($p=0,0001$) соответственно.

Между родителями и их детьми наблюдалась положительная достоверная связь в отношении САД и ДАД: усредненный коэффициент внутрисемейной фенотипической корреляции в парах родитель-ребенок составил 0,47 и 0,49 ($p<0,01$) соответственно для САД и ДАД. В парах муж-жена достоверной корреляции в отношении САД и ДАД выявлено не было – коэффициент корреляции составил 0,04 и 0,06 соответственно для САД и ДАД ($p>0,1$).

Выводы. Отягощенная по ССЗ наследственность проявляется у мужчин и женщин в более высоких уровнях САД и ДАД, достоверно большей частоте АГ, чем у лиц с неотягощенной наследственностью. В основе выявленной корреляции по САД и ДАД лежит генетическое родство родителей и ребенка, свидетельствующее об определяющей роли факторов наследственности в становлении САД и ДАД.

0046 ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ СЦИНТИГРАФИИ МИОКАРДА С 99mTc У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Алфёров С.П., Свистов А.С., Рыжман Н.Н., Сухов В.Ю., Долгушев Д.А.
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра военно-морской госпитальной терапий, Санкт-Петербург, Россия

Цель работы. На основании динамики изменений перфузии миокарда в процессе консервативного лечения по данным однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ), провести стратификацию риска возникновения крупноочагового инфаркта миокарда и внезапной смерти у больных с острым коронарным синдромом (ОКС), определить взаимосвязь между показателями перфузии миокарда и динамикой течения хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных с ОКС.

Методы. Обследовано 50 пациентов в возрасте от 45 до 68 лет (средний возраст 53,9±6,2 года), 30 мужчин, 20 женщин, с ОКС без стойкого подъёма сегмента ST, с анамнезом заболеваний сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ИБС), без острых коронарных событий в анамнезе. ОФЭКТ миокарда выполнялась на гамме-камере «E Cam Var» Siemens с помощью радиофармпрепарата 99mTc-Myoview (тетрофосмин). Оценка нарушений перфузии, показателей конечного диастолического объема (КДО) и фракции выброса (ФВ) левого желудочка проводилась по общепринятой методике. Первичная ОФЭКТ проводилась в первые сутки, повторная - через 25-30 дней после коронарного события. Оценка исходного функционального класса ХСН проводилась с помощью анкетирования по методике Мареева В.Ю., 2000, по анализу медицинской документации. Через 30 дней после ОКС проводилось повторное анкетирование и тест шестиминутной ходьбы.

Результаты исследования. У всех обследованных пациентов с ОКС по данным первичной ОФЭКТ обнаружены дефекты перфузии миокарда различной степени и площади. При анализе парных ОФЭКТ в 60% случаев при повторном исследовании выявлена положительная динамика в виде уменьшения площади исходной зоны и степени нарушения перфузии миокарда левого желудочка. В этой группе наблюдалась следующая динамика ХСН: только в 15% случаев после ОКС отмечалось увеличение класса ХСН, причём, у всех пациентов этой группы диагноз ОКС был трансформирован в мелкоочаговый инфаркт миокарда (ИМ). У 85 % пациентов класс ХСН не изменился. В данной исследуемой группе в 40% случаев диагноз был трансформирован в нестабильную стенокардию (НС), а у оставшихся 60% больных - в ИМ. У второй группы (40%) обследованных отмечалась отрицательная динамика по показателям ОФЭКТ. Из них у 75% пациентов в динамике наблюдалось увеличение функционального класса ХСН, что в 66% случаев сочеталось с трансформацией диагноза в ИМ.

Выводы. Динамическая оценка показателей ОФЭКТ у обследованных больных в процессе обследования и лечения позволила выделить группу пациентов с высоким риском развития инфаркта миокарда и внезапной смерти на основании расширения зоны и степени гипоперфузии миокарда левого желудочка, возрастания показателя КДО. Выявлена прямая корреляционная связь между степенью нарушения перфузии миокарда и характером течения ХСН. ОФЭКТ миокарда в динамике является дополнительной методикой, позволяющей прогнозировать течение ХСН у больных, перенесших ОКС.

0047 ВОЗРАСТНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В КЛИНИЧЕСКИХ ИСХОДАХ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

Алфёров С.П., Свистов А.С., Рыжман Н.Н., Сухов В.Ю, Долгушев Д.А.
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра военно-морской госпитальной терапий, Санкт-Петербург, Россия

Цель работы. Проанализировать исходы предварительного диагноза и динамику ХСН у больных ОКС разных возрастных групп с учётом динамических показателей перфузии миокарда по данным однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ).

Методы. Обследовано 50 пациентов (возраст 45–68 года (средний возраст 53,9±6,2 года)) с ОКС без стойкого подъёма сегмента ST, с анамнезом заболеваний сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ИБС), без острых коронарных событий в анамнезе. Все пациенты были распределены на 4 возрастные группы (45–50 лет; 51–55 лет; 56–60 лет; старше 61 лет). ОФЭКТ миокарда выполнялась на гамме-камере «E Cam Var» Siemens с помощью радиофармпрепарата 99mTc-Myoview (тетрофосмин). Первичная ОФЭКТ проводилась в первые сутки лечения, повторная - через 25-30 дней после ОКС. Оценка исходного класса хронической сердечной недостаточности (ХСН) проводилась с помощью анкетирования по шкале оценки клинического состояния при ХСН (Мареев В.Ю., 2000), по анализу медицинской документации. Через 30 дней после коронарного эпизода проводилось повторное анкетирование и тест шестиминутной ходьбы с целью оценки динамики класса ХСН.

Результаты исследования. В группе 45–50 лет число пациентов с ОКС составило 16 (32%). Из них трансформация диагноза в мелкоочаговый инфаркт миокарда (ИМ) отмечалась у 6 (37,5%) пациентов, что в 100 % случаев сочеталось с увеличением класса ХСН и площади гипоперфузии в динамике. У остальных 10 (62,5%) больных был выставлен диагноз нестабильной стенокардии (НС), что в 40% (4 человека) сопровождалось увеличением класса ХСН, из которых только у 1 пациента (25%) отмечалось нарастание дефекта перфузии.

Во второй группе (51–55 лет) число заболевших 19 (38%). Диагноз ИМ был выставлен 7 (36,8%) пациентам, у 4 (57,15%) из которых отмечалось нарастание функционального класса ХСН, что во всех случаях сопровождалось увеличением зон гипо- и аперфузии по результатам ОФЭКТ. У остальных 12 (63,2%) пациентов была диагностирована НС. Из них, нарастание явлений ХСН регистрировались у 3 (25%) больных. Из 6 пациентов группы 56 - 60 лет ИМ был выставлен только у 1, что сочеталось с увеличением класса ХСН. Оставшимся 5 (83,4%) больным был выставлен диагноз НС, из которых нарастание явлений ХСН и увеличение площади дефекта перфузии регистрировались только в 1 случае.

Среди пациентов старше 61 лет число заболевших – 9 (18%). У всех пациентов диагноз трансформирован в НС. Ухудшение перфузии наблюдалось у 4 (44,44%) пациентов, однако, ухудшение течения ХСН только у 2 (50%).

Выводы. С увеличением возраста наблюдается тенденция к уменьшению количества случаев трансформации диагноза ОКС в ИМ, что, возможно, объясняется феноменом ишемического прекондиционирования у пациентов с длительным анамнезом стабильного течения ИБС. В большинстве случаев ИМ в исследуемых группах сопровождался прогрессированием течения ХСН.

0048 СОСТОЯНИЕ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И КЛИНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ХИРУРГИЧЕСКУЮ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Аляви А.Л., Турсунов Р.Р., Якубов М.М., Илёсов М.М.
НИИ Терапии и Медицинской Реабилитации, Ташкент. Узбекистан

Целью нашего исследования была оценка состояния внутрисердечной гемодинамики и клинического состояния у больных перенесших хирургическую реваскуляризацию миокарда на этапе реабилитации.

Материал и методы исследования: Обследовано 15 больных мужчин, которым была проведена хирургическая реваскуляризация миокарда. Группу больных после аорто-коронарное шунтирование (АКШ) составили 6 больных. Группу больных после стентирования составили 9 больных. Средний возраст составил

61,5±2,15 лет. Все больные получали конкор, клопидогрель, кардиомагнил, липримар. Внутрисердечная гемодинамика оценивалась по данным ЭхоКГ, допплер-ЭхоКГ, исходно и через 1 месяц после реваскуляризации.

Результаты исследования: В результате обследования исходно у всех больных было ИБС Стенокардия напряжения ФК III-IV класс. Исследование внутрисердечной гемодинамики показало исходное повышение КДР, КДО, а также увеличения МЖП, при этом ФВ была снижена.

Через 1 месяц на фоне приема препаратов у 14 больных (93,3%) отмечалось значительное улучшение клинического состояния. При оценке внутрисердечной гемодинамики отмечалось положительная тенденция к улучшению показателей, однако эти изменения не достоверны, так КДР уменьшился с 5,42±0,16 до 5,39±0,08, КДО с 143,2±9,11, до 141,6±4,72, а ФВ увеличилась с 54,79±3,03 до 58,4±3,03.

Выводы: Таким образом, предварительные результаты исследования показывают положительную динамику показателей внутрисердечной гемодинамики уже через 1 месяц после реваскуляризации на фоне терапии препаратов, что указывает положительный эффект хирургической реваскуляризации (АКШ, стентирование).

0049 СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Аляви Б.А., Якубов М.М.
НИИ Терапии и физической реабилитации МЗ РУ, Ташкент, Узбекистан

Цель: Оценка и анализ структурно-функционального состояния левого желудочка (ЛЖ) сердца в первые часы острого коронарного синдрома.

Материалы и методы: обследованы 102 больных ОКС: мужчин - 73, женщин - 29. Средний возраст составил 58,5±11,6 лет. Из обследованных у 61 больного имел место ОКС с подъемом сегмента ST, у 41 больного - ОКС без подъема сегмента ST на ЭКГ. Первичное обследование больных проводилось сразу после прибытия в клинику (до начала лечения). Контрольную группу составили 14 практически здоровых людей (мужчин-9, женщин-5) в возрасте 52,2±7,2лет, сопоставимых по полу, возрасту и весу с основной группой. Эхокардиография проводилась в соответствии с рекомендациями Американской ассоциации эхокардиографии (ASE) в В и М режимах лежа на левом боку. Статистический анализ данных проводился при помощи табличного редактора Excel – 5/95 и пакета программ «STATISTICA for Windows, версия 5.5 StatSoft, Inc. 1998». Критерием достоверности служило $p<0,05$.

Результаты: При анализе центральной гемодинамики у больных в зависимости от исходного типа острого коронарного синдрома, как САД так и ДАД в обеих группах было достоверно выше (САД $p<0,001$, ДАД $p<0,01$) чем в контрольной группе, с более выраженным подъёмом в группе OKCST, что несмотря на сопоставимую ЧСС, привело к повышению показателя ДП (нд) в этой группе, характеризующего потребность миокарда в кислороде и достоверному повышению постнагрузки ($p<0,05$). Структурные изменения были выражены в обеих группах больных: толщина стенок ЛЖ достоверно увеличена только в группе OKCST (МЖПд $p<0,05$ и ЗСЛЖд $p<0,05$). Некоторые параметры, отражающие глобальную сократительную функцию ЛЖ, показывают, что при OKCST ухудшение систолической функции ЛЖ более выражено, чем при ОКС, о чём свидетельствует значительное снижение ФВ лж ($p<0,001$) в группе OKCST. В группе ОКС, уменьшение ФВ и увеличение ОПС не столь значительны.

Из вышеизложенного видно, что в первые сутки острого коронарного синдрома происходят значительные нарушения: в обеих группах наблюдаются значительные структурные изменения, проявляющиеся в увеличении как полостных размеров так и объёма ЛЖ, увеличивается масса миокарда ЛЖ. Что касается функциональных нарушений, в группе OKCST наблюдаются более глубокие по сравнению с больными ОКС изменения со стороны общей и глобальной сократимости ЛЖ.

0050 ВЛИЯНИЕ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ НА СИСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Аляви А.Л., Аляви Б.А.
НИИ Терапии и физической реабилитации МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан; Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель: анализ динамики параметров систолической функции ЛЖ после проведения транслюминальной баллонной ангиопластики (ТЛБАП).

Материалы и методы: обследованы 32 больных ОКС с подъемом ST. Средний возраст составил 55,5±6,3 лет. Контрольную группу составили 14 практически здоровых людей в возрасте 52,2±7,2лет, сопоставимых по полу, возрасту и весу с основной группой. Первичное обследование больных проводилось сразу после прибытия в клинику (до начала лечения) и на 6-7 сутки после проведения ТЛБАП. Рассчитывали параметры: диаметр левого предсердия (ЛП), конечно-диастолический и конечно-систолический размеры ЛЖ (КДР ЛЖ, КСР ЛЖ), толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки ЛЖ в систолу и диастолу (МЖПс, ЗСЛЖс, МЖПд, ЗСЛЖд), толщину правого желудочка в диастолу (ТПЖд) и показатель сепарации передней створки митрального клапана (E-point septal separation – EPSS). Остальные параметры высчитывались по формулам. Статистический анализ данных проводился при помощи табличного редактора Excel – 5/95 и пакета программ «STATISTICA for Windows, версия 5.5 StatSoft, Inc. 1998». Критерием достоверности служило $p<0,05$.

Результаты: Артериальное давление к 3-му дню наблюдения достоверно уменьшилось (САД на 1,5%, $p<0,05$, ДАД – на 4,5%, $p<0,001$), что вероятно, связано с применяемыми терапевтическими мерами. Хотя размеры камер сердца достоверно не изменились за указанный период наблюдения, уже к 3-м суткам наблюдалось достоверное улучшение систолической функции ЛЖ – фракция выброса (ФВ) ЛЖ увеличилась на 5,5% ($p<0,01$). Это произошло за счет уменьшения КСР ЛЖ на 1,7% ($p<0,05$), в то время как конечно-диастолический объем (КДО) продемонстрировал недостоверную тенденцию к уменьшению (на 0,3%, нд). Максимальная скорость кровотока на аортальном клапане также достоверно увеличилась (на 5,60%, $p<0,01$), что подтверждает значительное улучшение систолических свойств миокарда ЛЖ. Количество больных со сниженной ФВ ЛЖ уменьшилось с 60,7% до 55,4%, (нд). Описанная динамика продолжалась и в дальнейшем. КДО ЛЖ к концу 5-7 суток наблюдения сократился на 3,3% ($p<0,05$), а КСР – на 3,4% ($p<0,01$), что привело к увеличению ФВ на 15,5% ($p<0,001$), однако УО достоверно не изменился. Улучшение систолических свойств миокарда подтверждает увеличение максимальной скорости изгнания на аорте (Ао) (на 3,6%, $p<0,01$) и клапане легочной артерии (ЛА) (на 4,10%, $p<0,001$). Артериальное давление стабилизировалось.

Таким образом, применение ТЛБАП у больных ОКС с подъемом ST способствовало достоверному улучшению систолических свойств миокарда ЛЖ уже на ранних этапах наблюдения.

0051 НАРУШЕНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПОВ КОНЕЧНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ

Аляви Б.А.
НИИ Терапии и физической реабилитации МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить исходное нарушение систолической функции левого желудочка (ЛЖ) при остром коронарном синдроме (ОКС) в зависимости от типов конечной трансформации ОКС.

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

Результаты: Уровень САД во всех группах был достоверно выше, чем в КГ (ПС $p<0,001$, ОИМQ $p<0,001$, ОИМ $p<0,01$). ДАД также был высоким во всех исследуемых группах (ПС $p<0,05$, ОИМQ $p<0,01$), но в группе ОИМ не достиг уровня достоверности. Наиболее глубокие изменения центральной гемодинамики наблюдаются в группе ОИМQ, что также подтверждается достоверным повышением общего периферического сопротивления (ОПС) ($p<0,01$), характеризующим посленагрузку, чему способствовало достоверное по сравнению с группами ПС и ОИМ снижение ударного и минутного объёма крови. Что касается ухудшения систолической функции ЛЖ, то оно, как и ожидалось по изменениям центральной гемодинамики, было наиболее выражено в группе ОИМQ. Хотя показатель ФВ был во всех группах достоверно снижен чем в КГ (ПС $p<0,01$, ОИМ $p<0,01$), но в группе ОИМQ это снижение было значительным ($p<0,001$). Также происходит снижение максимальной скорости изгнания Vm во всех группах по сравнению с КГ, который как и снижение ФВ наиболее выражен в группе ОИМQ (ПС $p<0,05$, ОИМ $p<0,05$, ОИМQ $p<0,001$), что подтверждает более глубокие нарушения систолической функции в группе ОИМQ. Из приведённых данных можно предположить, что наиболее выраженное нарушение глобальной сократимости ЛЖ (ФВ, УО) наблюдается в основном у больных ОИМ с зубцом Q, где вследствие обширного некроза и находящихся вокруг неё зон гибернации и станнинга, выключается из сокращения довольно обширный участок миокарда ЛЖ, что также проявляется достоверным снижением скорости изгнания крови в аорту, достоверном повышении общего периферического сопротивления и снижением сердечного выброса.

0052 ТЕЛЕМЕТРИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕХНОЛОГИЙ МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ, МОБИЛЬНОЙ ЭРГОМЕТРИИ, GPS-НАВИГАЦИИ И GPRS-СВЯЗИ

Амиянц В.Ю., Синютин С.А., Уткин В.А.
ФГУ «Пятигорский Государственный Научно-Исследовательский Институт Курортологии Росздрава», Пятигорск, Россия; Таганрогский Технологический Институт Южного Федерального Университета, Таганрог, Россия; Пятигорский Государственный Технологический Университет, Пятигорск, Россия

Для оптимизации методик физические тренировок кардиологических больных необходимо в реальном времени осуществлять мониторинг места нахождения пациентов, объективно оценивать уровень выполняемой ими тренирующей нагрузки и оперативно контролировать ответную реакцию сердечно-сосудистой системы пациентов, функция которой во время тренировок чаще всего изучается методами, отсроченными во времени, а информация о маршруте движения пациентов и уровне тренирующей нагрузки имеет весьма субъективный характер.

Однако при нагрузке нередко возникает ишемия миокарда, нередко приводящая к развитию дисфункции левого желудочка, проявляющейся внезапным падением артериального давления и опасными для жизни нарушениями ритма сердца. Особенно важна диагностика предвестников таких осложнений.

Цель: в режиме реального времени осуществить мониторинг места нахождения пациентов и выполняемой ими нагрузки, а также объективно оценить реакцию пациентов на физические тренировки.

Методы исследования – дистанционный мониторинг через сети GPRS: местоположения и скорости перемещения пациента по данным спутников GPS, электрокардиограммы; вариабельности ритма сердца, уровня физической нагрузки, выполняемой пациентом по данным акселерометрии.

Полученные результаты: разработана система мониторирования состояния здоровья и места положения пациентов позволяющая в реальном времени проводить: непрерывное определение координат пациента на местности, анализ уровня физической активности пациента по направлению и скорости его движения по данным спутников GPS; количественную оценку выполняемой физической нагрузки по данным встроенного акселерометра – «мобильную эргометрию»; непрерывную регистрацию ЭКГ; анализ вариабельности ритма сердца; автоматическую оценку состояния пациента (путем расчета запатентованного нами индекса ишемической дисфункции левого желудочка) для своевременной диагностики угрожающих ситуаций, подачи сигналов для коррекции нагрузки с целью предотвращения опасных осложнений; контроль врачом состояния пациента в режиме реального времени и принятие решения о коррекции нагрузки на основании анализа данных, переданных на удалённый персональный компьютер врача через каналы GPRS; диалог врача с пациентом по сотовой связи GSM; сохранение всех данных на твердом носителе памяти и последующий анализ.

Выводы: полифункциональный комплекс, разработанный нами, позволяет в реальном времени объективно регистрировать маршруты движения пациентов, уровень выполняемой ими нагрузки в условиях естественной двигательной активности и ответную реакцию сердечно-сосудистой системы пациентов, то есть проводить «мобильную эргометрию», что раскрывает новые перспективы разработки новых методов «управляемых» физических тренировок и оптимизации программ медицинской реабилитации кардиологических больных.

0053 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ “ЭФФЕКТА СКРЫТОЙ ГИПЕРТОНИИ” У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Андреева Г.Ф., Деев А.Д., Горбунов В.М.
ФГУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, Москва, Россия

Цель исследования: Выявить взаимосвязь между показателями, характеризующими психологический статус (ПС) и “эффект скрытой гипертонии” (ЭСГ) у пациентов с мягкой и умеренной артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы: Была проанализирована база данных 5 исследований, включающая результаты 508 суточных мониторирований артериального давления (СМАД). Критерии включения в анализ результатов СМАД были следующие: 1) наличие у больных стабильной АГ; 3) отсутствие серьезных сопутствующих заболеваний; 4) проведение СМАД при помощи прибора SpaceLabs 90207; 5) начало проведения СМАД в 10.00-10.30; 6) период отмены препарата перед включением в исследование одна - две недели. Выраженность ЭСГ оценивалась как разность между средним дневным АД (АДд), оцененным при помощи СМАД и клиническим АД (АДк), измеренным врачом. Величина этого показателя отражает степень выраженности ЭСГ и учитывает любые повышения среднего АДд, полученного при помощи СМАД по сравнению с клиническим измерением АД (Verberk W.J. и соавт). Положительные значения этого показателя, отражают склонность больных к “скрытой гипертонии”, отрицательные - к “эффекту белого халата” (ЭБХ). В нашем исследовании мы оценивали “эффект скрытой гиперто-

нии", а не "скрытую гипертонию" по нескольким причинам: 1) процент истинной "скрытой гипертонии" (АДк - нормальное, АДд - повышенное) в популяции низок; 2) рассмотрение ЭСГ позволит учитывать все наблюдения (в том числе и с ЭСГ<0). После проведения СМАД пациенты заполняли психологический опросник СМОЛ (Зайцев В.П. и соавт.) (сокращенная версия "Minnesota Multiphase Personality Inventory").

Результаты: Среднее (M±SD) систолическое АДд у представленных больных составило 142,1±14,5, диастолическое АДд – 89,1±9,9 мм рт.ст. Найдены следующие достоверные корреляционные связи (r) между выраженностью ЭСГ и показателями, характеризующими ПС: 1) положительные - с уровнем эмоциональной напряженности, агрессивности, стремлением к лидерству (показатели шкал F и 6) (r=0,20 и r=0,17 соответственно); 2) отрицательные - с уровнем поведенческой и эмоциональной импульсивности (3, 4 шкалы) (r= -0,19 и -0,27 соответственно), с социальной конформностью и высоким самоконтролем поведения (K, 7 шкалы) (r= -0,17 и -0,27 соответственно). Таким образом, высокие показатели шкал F и 6, характеризующие эмоциональную напряженность, агрессивность, стремление к лидерству способствуют проявлению ЭСГ. Высокие показатели шкал 3, 4, K, 7, которые отражают поведенческую и эмоциональную импульсивность в сочетании с высоким уровнем самоконтроля поведения и социальной конформности уменьшают вероятность возникновения ЭСГ.

Выводы: 1) Высокая эмоциональная напряженность, агрессивность, стремление к лидерству отражают склонность пациента к проявлению ЭСГ; 2) поведенческая и эмоциональная импульсивность в сочетании с высоким самоконтролем поведения и социальной конформностью - уменьшает проявление ЭСГ и способствуют возникновению ЭБХ.

0054 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОДЕЛИ КУЛЬТИВИРУЕМЫХ КЛЕТОК ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ РЕЖИМОВ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Андреева Е.Р., Ударцева О.О., Скалбе Т.А., Кузьмин С.Г., Возовиков И.Н, Тарарак Э.М.
НИИЭК ФГУ РКНПК, Москва, Россия; ГУП «НИОПИК» Москва, Россия; ФГУ «Красная звезда», Москва, Россия

Фотодинамическая терапия (ФДТ) – метод, основанный на накоплении фоточувствительного красителя (фотосенсибилизатора - ФС) в клетках-мишенях с последующим локальным воздействием на него низкоинтенсивным лазерным излучением, что приводит к повреждению и гибели клеток, накопивших ФС. Этот метод может быть применен для уменьшения размеров атеросклеротических бляшек и постоперационных рестенозов после балонной ангиопластики и стентирования. Однако, поскольку клеточная популяция сосудистой стенки гетерогенна: эндотелий, гладкомышечные клетки, клетки гематогенного происхождения и др., необходимо учитывать особенности ФД воздействия на разные типы клеток.

Цель исследования: Исследовать особенности накопления и выведения ФС в эндотелиальных клетках (ЭК) и моноцит-производных макрофагах (Мн/Мф) и оценить эффекты ФДТ на культивируемые клетки.

Методы: ЭК из пупочной вены человека и Мн/Мф из периферической крови человека выделяли и культивировали согласно стандартным протоколам. ФС (сульфированный фталоцианин алюминия (ГУП НИОПИК РФ)), 10 мкг/мл добавляли к среде культивирования и через определенные промежутки времени определяли накопление ФС в клетках. Через 24 часа ФС отмывали и изучали его выведение из клеток. Для проведения ФДТ клетки инкубировали с ФС 24 часа, отмывали от ФС и облучали с помощью лазерного аппарата АЗОР с длиной волны 675 нм, дозы облучения составили 1-175 Дж/см^2. Жизнеспособность клеток после ФДТ определяли с помощью МТТ теста, для выявления апоптотических и некротических клеток использовали набор Аннексин-ФИТЦ-иодид пропидия. Активные формы кислорода (АФК) выявляли с помощью дихлордигидрофлюоресцеиндиацетата.

Результаты: За 24 часа ЭК и Мн/Мф накапливали ФС в цитоплазме, в основном в околоядерной области клеток. Кинетика накопления и выведения ФС в ЭК и Мн/Мф была сходной. Мн/Мф накапливали ФС гораздо эффективнее, чем ЭК. Жизнеспособность клеток, накопивших ФС, уменьшалась прямо пропорционально дозе облучения. При низких дозах гибель клеток происходила, в основном, по апоптотическому пути. При средних и высоких дозах облучения клетки погибали путем некроза. ФДТ приводило к образованию АФК внутри клеток.

Выводы: Использование культивируемых клеток позволяет сравнивать эффективность действия ФС, подбирать параметры лазерного облучения и непосредственно исследовать клеточные и молекулярные механизмы фотодинамического воздействия, в частности, механизмы клеточной гибели при ФДТ.

Эта работа выполнена при частичной поддержке гранта МНТЦ 2579 и гранта РФФИ 07-04-01504α.

0055 ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И СОКРАТИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ: КЛИНИКО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ

Андреев П.В., Барац Е.С., Васильева К.С., Елькина Н.А.
ГОУ ВПО УГМА Росздрава, МУ ЦГБ №7, Екатеринбург, Россия

Цель: дать клинико-эпидемиологическую характеристику госпитализированным кардиологическим больным с ХСН в зависимости от сократительной функции левого желудочка, выявить предикторы снижения фракции выброса (ФВ).

Методы исследования: В исследование включены 49 больных, поступивших в течение месяца в кардиологическое отделение многопрофильной больницы (средний возраст 67,6±9,9 года, 20 мужчин и 29 женщин), которым установлен диагноз ХСН и проведено стандартное ЭхоКГ исследование с определением ФВ по Teichholz. Участники с ФВ ЛЖ≥50% классифицировались как имеющие сохранную ФВ, с ФВ <50% – как сниженную.

Результаты. По результатам исследования 16 (33%) пациентов имели сниженную и 33 (67%) – сохранную ФВ ЛЖ. Сравниваемые группы оказались сопоставимы (p>0,1) по возрасту и полу, у пациентов обеих групп одинаково часто встречались артериальная гипертензия и стенокардия, сахарный диабет, фибрилляция предсердий, приобретенные пороки сердца. Среди пациентов со сниженной ФВ значительно чаще встречался в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда (75% против 15%; p<0,001). Частота клинических симптомов между группами различалась за счет более частой регистрации у больных со сниженной систолической функцией ЛЖ отека легких (19% против 0%, p=0,030), пароксизмального ночного удушья (63% против 6%, p<0,001), положения ортопноэ при поступлении (56% против 0%, p<0,001), застойных хрипов в легких (56% против 9%, p=0,001), периферических отеков (44% против 15%, p=0,040). У больных с сохранной систолической функцией отмечены более высокие цифры систолического (150 против 119 мм рт.ст., p<0,001) и диастолического АД (88 против 76 мм рт.ст., p<0,001). При сравнении лабораторных показателей в группе больных со сниженной ФВ обнаружены более высокие уровни мочевины (9,80 против 6,00 ммоль/л, p=0,004) и креатинина сыворотки (0,122 против 0,085 мкмоль/л, p=0,007). Выявлены обратные корреляции ФВ с содержанием мочевины (r=-0,41, p=0,005) и креатинина сыворотки крови (r=-0,35, p=0,015). По данным рентгенографии, в группе больных со сниженной ФВ чаще обнаруживались кардиомегалия (50% против 6%, p<0,001) и признаки застоя в легких (31% против 0%, p=0,002). По данным ЭхоКГ, у больных ХСН со сниженной систолической функцией значительно чаще встречались локальные нарушения сократимости (81% против 15%, p<0,001), индекс массы миокарда ЛЖ у этой группы пациентов значительно превышал показатели группы сравнения (149 против 119 г/м2, p=0,001), более выраженными оказались нарушения диастолической функции (E/A 3,3 против 0,8, p=0,001; DT 149 против 247 мс, p=0,014)

Выводы. Среди госпитализированных больных с ХСН две трети составили пациенты с сохранной систолической функцией ЛЖ. Наличие в анамнезе перенесенного инфаркта миокарда – основной предиктор снижения сократительной функции ЛЖ. Положение ортопноэ, отек легких и рентгенологические признаки застоя в легких являются наиболее специфичными клиническими признаками низкой сократительной функции левого желудочка у больных ХСН (специфичность 100%).

0056 ОТКАЗ ОТ КУРЕНИЯ, ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ОПЫТ СТУДЕНТОВ - МЕДИКОВ

Андрейченко Т.А., Гагарин Ю.М.
Базовый медицинский колледж, Пермь, Россия

Курение сокращает продолжительность жизни на 13,5 лет (академик РАМН Ю. Беленков,13 марта 2008). Повсеместно разрабатываются национальные программы по борьбе с курением. По последним статистическим данным, число курящих в развитых европейских странах достигает 70% (в частности, в Англии). Не отстаёт от них и Россия, у нас курят 65–70% мужчин и 20–36% женщин.

Цель работы: проанализировать электрокардиограммы студентов медицинского колледжа за 2001- 2007 годы и попытаться повлиять на обнаруженные «уязвимые» места в них.

Материал и методы: за 7 лет обследовано 536 студентов (112 мужчин и 424 женщины) в возрасте от 18 до 36 лет (в среднем – 21год): всем в динамике на занятиях регистрировались электрокардиограммы на отечественном аппарате ЭК1Т- 04 «Аксион» (г. Ижевск).

Результаты: на фоне относительного клинического благополучия получены неоднородные электрокардиографические данные, число «безупречных» электрокардиограмм ежегодно составляет около 30%. Остальные 70% отличаются чрезвычайной лабильностью и насчитывают до 23 различных признаков ЭКГ, нередко у 1 студента регистрируется 2-3 изменённых параметра. Разнообразие полученных симптомов позволило сгруппировать их в 2 ведущих ЭКГ – синдрома:1.аритмический (13признаков, с тенденцией к тахикардии) и 2.«метаболический» с двумя типами: мужской (от нарушений реполяризации до «немой» ишемии) и женский, с дисгормональными изменениями. Почему же так много отклонений ЭКГ? Ведущие причины следующие: курение (по данным анонимного анкетирования – 65% опрошенных), «студенческий» характер питания и адаптация к нозокомиальным инфекциям при работе в клиниках. Парадоксально, но за последние три года только пять человек добровольно постепенно бросали курить, при этом фиксировалась серия электрокардиограмм. Удивительно, но уже через месяц отмечалась положительная ЭКГ – динамика, а через 2 года – стабилизация процессов реполяризации и клиники.

Выводы: при отказе от курения у студентов возможна стабилизация изменённой электрокардиограммы.

0057 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Андросюк Н.Г., Андросюк Ю.Г., Попов Е.А., Кудряшева И.А., Уклистая Т.А., Жучкова Л.И.
ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава», Астрахань, Россия

Цель: оценить заболеваемость и смертность среди пациентов гипертонической болезнью, находящихся под диспансерным наблюдением.

Проанализированы амбулаторные карты 30 пациентов гипертонической болезнью за 2007г, находившихся под диспансерным наблюдением городской поликлиники №5. Возраст пациентов колебался от 43 до 59 лет (средний возраст 52,1±1,6 лет), среди них мужчин было 13 (43,3%), женщин – 17 чел (56,7%). Средняя длительность заболевания составила 7,2±0,6 лет. Обследование пациентов проводилось согласно стандарту медицинской помощи больным артериальной гипертонией. Все пациенты получали гипотензивную терапию.

На начало 2007г у всех пациентов имела место гипертоническая болезнь II стадии. Пациенты были разделены на две группы. 1 группа - 27 чел. (90%) с риском смертельного исхода от сердечно-сосудистого заболевания в течение 10 лет ≥5% (общий риск) и уровнем общего холестерина более 5 ммоль/л. У 3 пациентов (10%) 2 группы – общий риск был ≥5%, а уровень холестерина менее 5 ммоль/л.

Всем пациентам 1 группы был разработан план по изменению образа жизни: отказ от курения – 11 чел. (отказались только 2 пациента – 18,2%), диетотерапия – 27 чел. (полностью придерживались 18 чел – 66,6%), увеличение физической активности – 27 чел. (выполняли 14 чел – 51,9%). По истечению 3 мес. общий риск ≥5% сохранился у 16 чел. (59,3%). 16 пациентам 1 группы и всем пациентам 2 группы были назначены статины в дозе 5 мг/сут.

У 2 пациентов (10,5%) сохранился общий риск ≥5%, что связано с развитием сахарного диабета II типа. К лечению добавлены сахароснижающие препараты – сиофор в дозе 850-1750 мг/сут.

3 пациентам, у которых из-за повышения активности трансаминаз была прекращена терапия статинами, вновь рекомендована диетотерапия.

План лечебно-оздоровительных мероприятий включал санаторно-курортное лечение. Однако пролечено 4 чел. (13,3%) из числа нуждавшихся пациентов.

В 2007г смертность в анализируемой группе пациентов не зарегистрирована. У 3 пациентов (10%) выявлены осложнения гипертонической болезни (стенокардия напряжения – у 2 пациентов, ишемический инсульт – у 1 пациента). Данный факт объясняется прерывистым приемом лечения, в том числе и гипотензивного, несмотря на рекомендации врачей.

Целевые уровни общего холестерина <4,5 ммоль/л достигнуты у 19 чел. (70,3%).

Целевые уровни АД достигнуты у 25 чел (83,3%).

По итогам 2007г оценена эффективность диспансерного наблюдения. Улучшение самочувствия отмечено в 36,7 %, состояние без перемен – в 46,7%, ухудшение самочувствия – в 16,6% случаях, в том числе с определением III группы инвалидности – в 3,3%.

Таким образом, коррекция факторов риска снижает заболеваемость и смертность пациентов гипертонической болезнью.

0058 НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКИМ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ЕГО ДИНАМИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНГИБИТОРАМИ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА

Андрущишина Т.Б., Морозова Т.Е.
ГОУВПО ММА имени И.М.Сеченова, кафедра клинической фармакологии и фармакотерапии ФППОВ, Москва, Россия

Цель: изучить активность систем нейрогуморальной регуляции под влиянием лечения ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) у больных эссенциальной артериальной гипертонией (АГ) с гипертрофией миокарда левого желудочка (ГМЛЖ).

Методы: у 105 больных АГ II ст. (м.-48, ж.-57, ср. возраст 54±1,2 года) с признаками ГМЛЖ (по данным ЭхоКГ индекс массы миокарда ЛЖ >125 г/м^2 для мужчин и >110 г/м^2 для женщин) изучено влияние долгосрочной (до 12 месяцев) терапии ИАПФ эналаприлом (Э) и рамиприлом (Р) на активность глюко- и минералокортикоидной функции коры надпочечников и катехоламинов по динамике содержания 11-оксикортикостероидов (11-ОКС), альдостерона (А), адреналина (Ад) и норадреналина (Н) в плазме крови и в суточной моче.

Результаты: у больных АГ II ст. с ГМЛЖ выявлено повышение активности катехоламинов и увеличение их суточной экскре-

ции с мочой, в большей степени норадреналина. Снижение содержания Ад и Н в плазме крови у больных АГ на фоне долгосрочной терапии ингибиторами АПФ для Э составило 13,7% ($p<0,05$) и 15,9% ($p<0,05$) соответственно, для Р – 14,9% ($p<0,05$) и 18,7% ($p<0,05$) соответственно. Содержание 11-ОКС в плазме крови у больных на фоне долгосрочной терапии ингибиторами АПФ снизилось на (Э) на 6,9% ($p<0,05$) и 7,6% ($p<0,05$) соответственно. Суточная экскреция изученных гормонов с мочой носила однонаправленный характер: Ад и Н снизились на фоне Э на 13,8% ($p<0,05$) и на 15,6% ($p<0,05$) соответственно, на фоне Р - на 12,9% ($p<0,05$) и на 16,7% ($p<0,05$). 27,3% ($p<0,001$) и на (Р) 32,5 % ($p<0,01$) соответственно. Выявлены умеренная корреляционная связь между снижением концентрации 11-ОКС в крови и массой миокарда левого желудочка ($r=0,56$; $p<0,02$) и тесная корреляционная связь между базальным уровнем экскреции Н и степенью увеличения фракции выброса при долгосрочном лечении ИАПФ ($r=0,72$; $p<0,05$). Степень регрессии ГМЛЖ к концу 12 месяца лечения в группе Э составила 13,6% ($p<0,01$), в группе Р - 14,1% ($p<0,01$).

Выводы: нейрогуморальные эффекты ингибиторов АПФ коррелируют с их воздействием на показатели морфо-функционального состояния сердца: выявленные корреляционные связи свидетельствуют о том, что нейрогуморальные процессы являются ведущими в развитии и прогрессировании гипертрофического ремоделирования у больных АГ . Ингибиторы АПФ при долгосрочной (до 1 года) терапии способны снижать повышенную у больных АГ II ст. экскрецию катехоламинов и 11-ОКС и положительно влиять на процессы ремоделирования левого желудочка.

0059 ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН

Аникин В.В., Романова Т.О.
ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава, Тверь, Россия

Существует множество факторов риска ишемической болезни сердца (ИБС), которые не всегда равнозначны в отношении развития инфаркта миокарда (ИМ) у женщин и мужчин. В связи с этим представилось целесообразным проанализировать особенности факторов риска, предшествующих развитию острого инфаркта миокарда (ОИМ) у женщин.

Проведено углубленное клинико-функциональное и анамнестическое обследование 120 женщин (средний возраст – 56,1±1,9 года) и 50 мужчин (средний возраст – 55,8±1,2 лет) с ОИМ. Среди женщин факторы риска также анализировались у лиц в возрасте до (1 группа) и старше 60 лет (2 группа).

Установлено, что среди женщин с развившимся ОИМ больных с артериальной гипертонией (АГ) было в 1,3 раза больше, чем среди мужчин. Отягощенная по ИБС наследственность встречалась чаще среди больных ИМ женщин в возрасте до 60 лет по сравнению с более старшими женщинами и мужчинами. Курение в 3-4 раза чаще выявлялось у мужчин с ОИМ. Тем не менее, курение предшествовало развитию ОИМ у каждой четвертой женщины. Оно было более выраженным (в 2 раза) у женщин моложе 60 лет. Сахарный диабет (СД) наблюдался у каждой третьей женщины с ОИМ и встречался у них в 2,3 раза чаще, чем у мужчин. При этом частота встречаемости этого заболевания преобладала в старшей возрастной группе женщин. Выявляемость ожирения (ИМТ>30кг/м2) была одинаковой у обследованных женщин, однако это проявление метаболических нарушений почти в 3 раза реже отмечалось среди мужчин. Выраженная гиподинамия наблюдалась преимущественно у женщин старшей возрастной группы. Она отмечалась в 2,5 раза чаще по сравнению с более молодыми женщинами и в 3 раза чаще, чем у мужчин. Ранняя менопауза в возрасте до 45 лет и экстирпация матки с придатками имелись в анамнезе у каждой четвертой женщины с ИМ вне зависимости от их возраста. Заболевания женской половой сферы встречались в 1,3 раза чаще у женщин моложе 60 лет, чем у женщин старше 60 лет.

Большое значение в развитии ИМ у женщин имело сочетание нескольких факторов риска. Так, у 3/4 лиц женского пола отмечалась комбинация трех и более факторов риска ИБС, что в 2,5-3 раза превышало подобные сочетания у мужчин. При этом, наиболее часто встречающейся комбинацией факторов риска были АГ, СД и ожирение, что по своей сути свидетельствовало о развитии ИМ улиц со сформировавшимся метаболическим синдромом.

Таким образом, из факторов риска ИБС у женщин с ОИМ наибольшее значение имели АГ, СД, ожирение, курение, гиподинамия. Следует особо отметить, что у женщин младшей возрастной группы инфаркту миокарда с высокой частотой предшествовали не только курение, но и отягощенная по ИБС наследственность, заболевания женской половой сферы. Можно полагать, что своевременное выявление этих факторов риска и их комбинаций будет способствовать проведению комплекса превентивных мероприятий по снижению риска развития ИМ у женщин.

0060 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Аникин В.В., Изварина О.А.
ГОУ ВПО Тверская медакадемия Росздрава, Тверь, Россия

В климактерическом периоде наступающее у женщин уменьшение кардиопротективных влияний эстрогенов сопровождается развитием или усугублением уже имевшейся артериальной гипертонии (АГ). В связи с недостаточной изученностью ряда показателей суточного профиля АД (СПАД) в данной группе больных, было проведено клинико-функциональное обследование 118 женщин с АГ (49,2±1,8 лет) и 36 женщин без АГ (49,4±3,1 лет) с использованием бифункционального суточного мониторирования ЭКГ и АД (Кардиотехника, «Инкарт», Санкт-Петербург). При этом оценивались средние значения систолического (САД) и диастолического АД (ДАД), степень их ночного снижения (СНС), величина (ВУП) и скорость (СУП) утреннего подъема, а также показатели временного и спектрального анализа вариабельности сердечного ритма.

Установлено, что у женщин с АГ наступление менопаузы сопровождалось повышением среднедневных значений САД (с 146,4±6,3 мм рт.ст. до 163,7±5,1 мм рт.ст., $p<0,05$). Аналогичная тенденция была выявлена и у женщин без АГ: несмотря на нормальные значения САД и ДАД в дневные и ночные часы, имелось их достоверное увеличение при переходе к постменопаузе, что может быть связано с усилением симпатических влияний на фоне возрастной гипоэстрогении. Это подтверждалось данными вариационной пульметрии.

Анализ степени ночного снижения САД и ДАД показал, что она оставалась нормальной у 71,4% женщин с АГ в пременопаузе и только у 51,7% - в постменопаузе ($p<0,05$). Обращало на себя внимание преобладание у них недостаточной СНС после наступления менопаузы (у 41,4% лиц) и чрезмерной - в пременопаузальном периоде (19,6%). В свою очередь суточный профиль АД у женщин без АГ в большинстве случаев оставался нормальным, тем не менее в постменопаузе достоверно увеличивалось число лиц с недостаточным снижением САД в ночные часы (17,6%).

Динамика АД в ранние утренние часы характеризовалась существенным нарастанием величины (с 61,4 мм рт.ст. до 70,1 мм тр.ст., $p<0,05$) и скорости (с 11,2 мм рт.ст. до 15,4 мм рт.ст./ч, $p<0,05$) систолического АД у женщин с АГ при переходе к постменопаузе, что свидетельствует о повышении риска развития у них цереброваскулярных осложнений. Показатели утреннего подъема САД и ДАД у женщин без АГ оставались нормальными, однако отмечалось их достоверное увеличение с наступлением менопаузы.

Выявленные особенности суточного профиля АД указывают на важную роль гормональных изменений у женщин на течение и возможность развития осложнений АГ. Большая частота встречаемости патологических профилей АД, а также увеличение его величины и скорости утреннего подъема делает женщин с АГ наиболее уязвимыми в отношении развития серьезных осложнений, особенно в постменопаузальном периоде. Своевременная диагностика с помощью суточного мониторирования АД подобных нарушений позволит не только дифференцированно подходить к назначению гипотензивных препаратов, но и улучшить прогноз АГ у данной категории больных.

0061 ИССЛЕДОВАНИЕ β-АДРЕНОРЕЦЕПЦИИ И СКОРОСТИ Na^+-Li^+-ПРОТИВОТРАНСПОРТА В МЕМБРАНЕ ЭРИТРОЦИТА У ЗДОРОВЫХ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

Анисимова Н.П., Ослопов В.Н.
КГМУ, Казань, Россия

В последние десятилетия неуклонно растет заболеваемость ССЗ и ГБ среди лиц молодого возраста. В связи с этим особенно актуальным представляется раннее выявление нарушений регуляторных механизмов симпатико-адреналовой системы и изменение функционального состояния ион-транспортной системы эритроцитов у молодых людей при отсутствии клинических проявлений патологии.

Цель: изучение взаимосвязей между изменениями β-адренорецепции и скорости Na+-Li+-противотранспорта (V Na+-Li+-ПТ) в мембране эритроцита у здоровых молодых людей как фактор риска последующего развития ГБ.

Методы исследования: обследовано 92 здоровых человека в возрасте 17-24 года. β-адренорецепцию исследовали экспресс-методом определения адренореактивности (β-АРМ) (Длусская И.Г., Стрюк Р.И.,1995). Функциональное состояние клеточных мембран оценивали по V Na+-Li+-ПТ в мембране эритроцита (M.Canessa,1980). Результаты V Na+-Li+-ПТ оценивались по средним величинам и посредством квартильного анализа. Границы квартилей (КВ) определены В.Н. Ослоповым (2004): 1КВ 38-203, 2КВ 204-271, 3КВ 272-345, 4КВ 346-730 мкмолей Li/1л клеток в час (мкМ Li). Границы КВ у женщин определены О.В. Богоявленской (2002): 1КВ 78-193, 2КВ 194-265, 3КВ 266-342, 4КВ 343-730 мкМ Li.

Результаты: средние величины β-АРМ – 25,2 ЕД; Nα+-Li+-ПТ – 273 мкМ Li. При изучении корреляционной зависимости между β-АРМ и V Na+-Li+-ПТ в целом выявлено r=0,13; P<0,01. В границах КВ выявлена корреляционная зависимость между V Na+-Li+-ПТ и β-АРМ: 1КВ r=0,35; P<0,01; 2КВ r=0,26; P<0,01, 3КВ r=-0,17; P<0,01; 4КВ r=-0,2; P<0,01. При исследовании женщин (41 чел), корреляционная зависимость между β-АРМ и V Na+-Li+-ПТ в целом равна r=0,21; P<0,01, в границах КВ V Na+-Li+-ПТ выявлено: в 1КВ r=0,3; P<0,01; 2КВ r=0,24; P<0,01; 3КВ r=-0,5; P<0,01; 4КВ r=-0,31; P<0,01. У мужчин (51 чел) в целом r=0,07; P<0,01 с сохранением тренда, обнаруженного у женщин (1КВ r=0,23; P<0,01, 2КВ r=0,02; P<0,01,3КВ r=0,12; P<0,01 и 4КВ r=-0,05; P<0,01).

Выводы: Обнаружена взаимосвязь между V Na+-Li+-ПТ и β-АРМ: при малых и средних величинах V Na+-Li+-ПТ выявлена положительная корреляционная зависимость, а при высоких величинах – отрицательная зависимость, значимая у женщин и с сохранением этого тренда у мужчин. У лиц с величинами V Na+-Li+-ПТ выше 204 мкМ Li (лица 2-4КВ) отмечается снижение адренореактивности по сравнению с лицами – носителями величин V Na+-Li+-ПТ 1КВ.

Проведенное исследование показывает, что у здоровых молодых людей обнаруживаются изменения на клеточном уровне, нарушения регуляторных механизмов симпатико-адреналовой системы и изменение функционального состояния ион-транспортной системы клеток при отсутствии каких-либо клинических проявлений болезни.

0062 УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ РЕФРАКТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ III СТЕПЕНИ

Антипина Н.С., Савельева Н.Ю., Жержова А.Ю. Криночкин Д.В., Вдовенко С.В., Гапон Л.И.
Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Оценка состояния внутрипочечной гемодинамики может служить одним из критериев состояния почек, как органа-мишени артериальной гипертонии. Исследования почечного кровотока чаще ограничиваются оценкой значения индекса резистентности. Скоростные параметры являются уголзависимыми, их точность зависит от точности коррекции угла (в крупных сосудах это не вызывает особых проблем, а в мелких определить направление потока достаточно сложно).

Цель: изучение параметров почечной гемодинамики (ПГ) у пациентов с рефрактерной артериальной гипертонией (РАГ) III степени в сочетании со стенозом почечных артерий (ПА), аномалиями ПА, с хроническим пиелонефритом (ХрПН) в сравнении с указанными показателями в группе пациентов с эссенциальной РАГ III степени.

Методы. Исследован почечный кровоток у 52 человек с РАГ III степени:1-ая - 12 пациентов с АГ III степени в сочетании со стенозом ПА; 2-ая - 13 пациентов с АГ III степени в сочетании с аномалиями ПА; 3-я - 17 пациентов с АГ III степени в сочетании с ХрПН, группа сравнения - 20 пациентов эссенциальной РАГ III степени. Пациенты не отличались по полу, возрасту, индексу массы тела. Средний стаж АГ у больных 1-ой группы составил 18,25±3,02 года, у 2-ой группы – 17,54±2,22 года, у 3-ей - 13,12±1,34года, у группы сравнения – 18,5±1,31год, Параметры ПГ изучались с помощью ультразвуковой допплерографии ПА на аппарате Agilient Image Point HX (Hewelett Packard, США), скорости кровотока измерялись на уровне ствола, сегментарных и междолевых артериях почек, определялись: пиковая систолическая и конечная диастолическая скорость кровотока, индексы резистентности и пульсационности.

Результаты. При анализе параметров кровотока на уровне ствола ПА зарегистрирована более высокая максимальная систолическая скорость кровотока в 1-ой группе 1,12±0,14 м/с в сопоставлении с группой сравнения - 0,76±0,04 м/с (p=0,044). Достоверных отличий в параметрах кровотока на уровне сегментарных и междолевых артерий почек не выявлено. У больных АГ III степени в сочетании с аномалиями почечных артерий и хроническим пиелонефритом ультразвуковые показатели кровотока не имели достоверных отличий от группы сравнения на уровне ствола, сегментарных и междолевых почечных артерий. Индексы периферического сопротивления (пульсационности и резистентности) также не имели статистически значимых отличий в сопоставлении с группой сравнения на уровне ствола, сегментарных и междолевых артерий почек.

Вывод: увеличение максимальной систолической скорости кровотока на уровне ствола ПА отражает наличие стенозирующей патологии сосуда. Отсутствие достоверных отличий параметров кровотока у больных 2-ой и 3-ей группы от группы сравнения может свидетельствовать о непецифичности изменений почечной гемодинамики у больных рефрактерной АГ III степени, независимо от наличия аномалий почечных артерий или хронического пиелонефрита.

0063 ДИАГНОСТИКА СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

*Антропова О.Н., Осипова И.В., Воробьёва Е.Н., Пырикова Н.В., Белоусова Т.Б.**
Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия; НУЗ ОКБ ст. Барнаул*, Барнаул, Россия

Целью исследования было выявить частоту стресс-индуцированной артериальной гипертонии (СИАГ), факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), тревожно-депрессивных расстройств у лиц работа, которых предъявляет высокие психоэмоциональные требования (машинистов и помощников машинистов локомотивов).

Материалы и методы. В исследование были включены 138 мужчин, средний возраст 40,0±1,2 лет, имеющих хронический стресс, связанный с работой (профессия машиниста и помощника машиниста локомотивной бригады). Изучались основные факторы риска ССЗ, суммарный коронарный риск рассчитывался по шкале SCORE. Диагностика СИАГ проводилась по общеп-

ринятым критериям (среднее АД в рабочие часы ≥135/85 мм рт.ст., разница между средними значениями АД в рабочие часы и в выходной день ≥8/5 мм рт.ст.) с помощью мониторирования артериального давления (АД) в рабочие часы и часы отдыха на аппарате для автоматического измерения АД (модель UA-787 A&D Company, Yapan). Выраженность симптомов тревоги и депрессии оценивалась по шкале Гамильтона.

Результаты и выводы. СИАГ была выявлена у 46,4% пациентов, которые составили 1-ую группу, у 18% диагностирована ГБ 1 стадии, они составили 2-ую группу, а 3-ю группу - 35,6% человек с нормальными цифрами АД. По возрасту анализируемые группы достоверно не различались, ранний семейный анамнез ССЗ выявлялся у пациентов 1-ой и 2-ой групп с одинаковой частотой, но в два раза чаще ($p<0,05$) по сравнению со здоровыми. Повышение массы тела в первых двух группах встречалось чаще в 2,4 раза ($p<0,05$), по сравнению с 3-ей группой; среди пациентов 1-ой группы, по сравнению с 3-ей, было больше на 16,8% ($p<0,05$) человек с абдоминальным ожирением. У пациентов со СИАГ и ГБ, по сравнению со здоровыми, чаще встречались гиперхолестеринемия и гипертриглицеридемия. Средний 10-летний риск смерти от ССЗ, рассчитанный по популяционной шкале SCORE, был сопоставим в 1-ой и 2-ой группах, значительно превышая таковой по сравнению со здоровыми на 76,0% ($p<0,05$) и 77,8% ($p<0,05$) соответственно. При оценке по шкале Гамильтона у пациентов первых двух групп в 13,5% случаев было выявлено тревожное состояние, симптомы тревоги имели 41,5%. У здоровых лиц тревожные состояния встречались достоверно реже ($p<0,05$): тревожное состояние имели 4,1%, симптомы тревоги определены у 20,4%.

Таким образом, у лиц стрессовых профессий выявляется высокая частота (46,4%) СИАГ. У пациентов со СИАГ имеется высокая частота (сопоставимая с больными гипертонической болезнью) факторов риска ССЗ (ранний семейный анамнез ССЗ, абдоминальный тип ожирения, нарушения липидного обмена). Сочетание этих факторов определяет высокий риск фатальных сердечно-сосудистых событий, требующий активных профилактических вмешательств. Пациенты с АГ имеют большую по сравнению со здоровыми лицами выраженность тревожно-депрессивных расстройств.

0064 АНОМАЛЬНЫЕ ХОРДЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ «ПОСТИНФАРКТНОГО» СЕРДЦА

Антюфьев В.Ф., Гончарова М.Г.
ОБВЛ «Озеро Чусовское», Екатеринбург, Россия

Влияние АХЛЖ на конечно-диастолический размер левого желудочка (КДР ЛЖ), его дилатацию у больных с ИБС, перенесших инфаркт миокарда (ИБС, ПИКС), как и на фракцию выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) у этих больных не выяснено.

Цель: изучить взаимосвязи АХЛЖ с показателями ремоделирования «постинфарктного» сердца.

Материалы и методы: в исследование включены две группы пациентов с ИБС. Первая группа - больные с постинфарктным кардиосклерозом (ИБС ПИКС), вторая группа – больные ИБС не переносившие инфаркта миокарда. Обе группы состояли из 20 мужчин и были поделены на подгруппы из 14 (с АХЛЖ) и 7 (без АХЛЖ) человек. Всем пациентам проводилась эхокардиография с измерением конечного диастолического и конечного систолического размеров, фракции выброса по методу Тейхольца. Исследование проводилось на ультразвуковом аппарате Aloka 1700. Первая группа включала пациентов с зоной гипокинезии, вторая - без зоны нарушений локальной сократимости.

Результаты исследования: В первой группе у пациентов с АХЛЖ величина КДР ЛЖ 5,28±0,52 см, величина ФВ ЛЖ – 59,3±5,5%; у пациентов без АХЛЖ величина КДР ЛЖ - 6,16±1,22 см и ФВ ЛЖ – 48,65±8,1 ($p< 0,01$).

Во второй группе: у пациентов с АХЛЖ величина КДР ЛЖ - 4,85±0,3 см и ФВ ЛЖ – 66,9±4,7%; у пациентов без АХЛЖ величина КДР ЛЖ составила 5,32±1,0 см и ФВ ЛЖ – 59,8±4,1% ($p< 0,05$).

Корреляционные связи КДР ЛЖ и ФВ ЛЖ с наличием АХЛЖ показали, что в первой группе взаимосвязь КДР ЛЖ с АХЛЖ отрицательная, $r=-0,38$ ($p\leq0,05$), а взаимосвязь ФВ ЛЖ с АХЛЖ еще более значима, $r=0,6$ ($p\leq0,01$). Во второй группе корреляция КДР ЛЖ с АХЛЖ $r=-0,36$ ($p\leq0,05$), ФВ ЛЖ с АХЛЖ $r=0,61$ ($p\leq 0,05$).

Клинический пример:

Пациент К. 66 лет наблюдается с диагнозом ИБС, ПИКС, АХЛЖ с 2001г. До 2005г сохранялись стабильные параметры КДР 5,5см; КСР 4,0см; ФВ от 52% до 55%. Зоны гипокинезии: средние, передний и переднеперегородочный сегменты, верхушечные передний и перегородочный сегменты. Аномальная хорда левого желудочка (АХЛЖ) – верхушечно-срединная. В 2006г. был зарегистрирован обрыв данной АХЛЖ с увеличением КДР до 6,2см, остальные параметры остались без изменения (ФВ=53%). При осмотре в 2007г. КДР 7,2см; КСР 5,8см; ФВ=38%, зона нарушенной локальной сократимости сохранена в прежнем объеме с акинезией в верхушечных сегментах и формированием плоской аневризмы в зоне акинезии.

Заключение: полученные результаты позволяют судить о наличии выраженной зависимости между конечным диастолическим размером и наличием АХЛЖ, а также о прямой взаимосвязи между величиной фракции выброса и АХЛЖ, и позволяют предположить, что АХЛЖ могут препятствовать дилатации «постинфарктного» сердца.

0065 АТЕРОСКЛЕРОЗ АОРТЫ И КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ЖИТЕЛЕЙ ЯКУТИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ «СЕВЕРНОГО СТАЖА»

Аргунов В.А.
Медицинский институт ЯГУ; ЯНЦ СО РАМН, Якутск, Россия

Визуально-планиметрическим методом изучены аорта и коронарные артерии (КА) у 770 мужчин некоренной национальности в возрасте 20-59 лет, умерших от разных причин и распределенных на 4 группы по длительности проживания на Севере: уроженцы (247), приезжие с северным стажем до 5 лет (124), 5-10 лет (90) и свыше 10 лет (309 случаев).

Установлено, что частота фиброзных бляшек (ФБ), осложненных поражений (ОП) и кальциноза (К) в аорте и коронарных артериях возрастает с удлинением северного стажа. Наиболее выраженные изменения в частоте возвышающихся поражений (ФБ, ОП, К) отмечаются в брюшной аорте (БА) и в нисходящей ветви левой КА (НЛКА). Так, частота ОП в БА возрастает с 19,5% у лиц со стажем до 5 лет до 50,8% - у лиц, северный стаж которых превышает 10 лет. А в НЛКА отмечается увеличение частоты ОП с 2,5% у лиц с минимальным северным стажем до 10,4% - у северян старожилов.

Сравнение возрастной динамики атеросклеротических поражений в аорте и КА показывает, что у северян старожилов в более раннем возрасте, чем у лиц с меньшим северным стажем, в сосудах появляются ОП и К. Если в возрасте 30-39 лет лица с северным стажем до 10 лет не имели ОП в НЛКА, то у северян старожилов они встречаются в 8% случаев. И если в БА у лиц 30-39 лет с северным стажем до 10 лет кальциноз не встречался, то у лиц, проживших на Севере более 10 лет К отмечен в 7,9% случаев. В возрасте 40-49 лет частота ФБ, ОП, К увеличивалась с удлинением северного стажа.

Сравнительный анализ влияния северного стажа на площадь атеросклеротических поражений в аорте и КА показал, что у мужчин, проживших на Севере более 10 лет, площадь атеросклероза была существенно больше, чем у лиц с меньшим северным стажем. Значительные различия выявлены в частоте стенозов КА у лиц с различным северным стажем. Так, в правой КА стенозы встречаются более чем в 2 раза чаще (18,2%) у северян старожилов, чем у лиц со стажем до 5 и 5-10 лет (8,6%). Аналогично, стенозы НЛКА чаще регистрируются у северян старожилов (в 36,5% случаев), чем у лиц с северным стажем 5-10 лет (23,4%) и до 5 лет (20,?%).

Выявлено, что течение атеросклероза аорты и КА у уроженцев было более благоприятное: атеросклеротические поражения (ФБ, ОП, К), а также стенозы КА встречались с меньшей частотой, и площадь атеросклероза была меньше, чем у приезжих мужчин с любым северным стажем. Это обусловлено лучшей адаптированностью организма уроженца (в течение одного-двух поколений) к экстремальным условиям Крайнего Севера.

Таким образом, ускорение темпов развития атеросклероза аорты и КА у лиц некоренной национальности Якутска в значительной степени обусловлено длительностью проживания в условиях Крайнего Севера, влиянием экстремальных климатических факторов, которые в последние годы стали относить к основным факторам риска ИБС и атеросклероза. Немаловажное значение в прогрессировании атеросклероза у приезжего населения имеет изменения условий и образа жизни, питания.

0066 АТЕРОСКЛЕРОЗ АОРТЫ И КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У МИГРАНТОВ

Аргунов В.А.
Медицинский институт ЯГУ; ЯНЦ СО РАМН, Якутск, Россия

Цель. Установить различия в темпах развития атеросклероза в сосудах у лиц некоренного населения, мигрировавших в Якутию из разных регионов страны.

Визуально-планиметрическим методом изучены аорта и коронарные артерии (КА) у 770 мужчин некоренной национальности в возрасте 20-59 лет, умерших от разных причин и распределенных на 2 группы: мигрантов из Сибири и европейской части России. Определялась частота и площадь фиброзных бляшек (ФБ), осложненных поражений (ОП) и кальциноза (К) в аорте и коронарных артериях.

Наши исследования показали, что по частоте и площади атеросклеротических поражений сосудов различия были несущественны. Однако частота стенозов коронарных артерий была больше у мигрантов из европейской части России. Так, стенозы нисходящей ветви левой КА у мигрантов из европейской части России регистрировались в два раза чаще (20,0%), чем у выходцев из Сибири (10,3%).

Установлено, что у мужчин некоренной национальности в возрасте 30-59 лет, проживавших в Якутии, распространенность атеросклероза в аорте и КА значительно превышает таковую у мужчин, проживавших в европейской части России и Сибири. Если в европейской части России (Вихерт А.М. и др., 1981) и в Сибири (Седов К.Р., 1979) общая площадь атеросклероза в брюшной аорте (БА) в возрасте 40-49 лет составила соответственно 34,8% и 34,2%, то у мужчин некоренной национальности Якутии она оказалась существенно больше (44,9%). Аналогичные различия выявлены и в возрасте 30-39 и 50-59 лет, а также в остальных исследованных сосудах.

Естественный прирост площади атеросклеротических поражений за одно десятилетие жизни в России не имеет существенных различий в разных климато-географических зонах, составляя в европейской части России в БА 9,6%, в нисходящей ветви левой КА – 11,2% поверхности интимы, в Сибири – соответственно 8,5% и 11,1%, и у якутов – 8,7% и 11,6% (по нашим данным). Нами выявлено, что у лиц некоренной национальности в условиях Якутии происходит заметное ускорение темпов развития атеросклероза. Так, у мужчин приезжего населения Якутии прослеживается увеличение прироста площади атеросклероза (в БА на 19,7% и в КА на 15,5%) за десятилетие жизни.

Таким образом, миграция из зоны наиболее благоприятного проживания (европейская часть России) в суровые климатические условия Крайнего Севера оказывает более выраженное влияние на темпы развития атеросклероза аорты и КА, чем миграция из Сибири, региона близкого по климато-географическим условиям к Якутии. Полученные нами результаты согласуются с исследованиями многих авторов, показавших большую частоту смертности от коронарной болезни сердца у мигрировавших лиц, чем у лиц, проживающих на родине.

0067 КЛИНИЧЕСКИЕ ЗНАЧЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Ардашев В.Н., Потехин Н.П., Фурсов А.Н., Захаров А.Н., Чернавский С.В., Макеева Т.Г., Барсов М.И.
Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко, Москва, Россия

Распространенность метаболического синдрома (МС) в Российской Федерации составляет около 20% среди взрослого населения. Выделение метаболического синдрома имеет большое клиническое значение, поскольку с одной стороны, это состояние является обратимым, а с другой стороны, оно предшествует возникновению сахарного диабета 2 типа и атеросклероза – заболеваний, которые в настоящее время являются основными причинами повышенной смертности населения. Представляется чрезвычайно актуальным изучение инициальных клинических проявлений МС.

Нами проанализированы начальные проявления МС у 634 (336 мужчин и 298 женщин). Диагностика МС осуществлялась на основании критериев ВНОК (2007г). Длительность МС составила 4,9±1,6 года.

Обработка клинико-инструментальных данных с использованием факторного анализа позволило объединить признаки в группы, установить связи между ними и выявить особенности начальных проявлений МС у обследованных больных. Всего было выделено 5 групп признаков (симптомокомплексов) с использованием 62% дисперсии системы. Использование методов математического моделирования позволяет ранжировать симптомокомплексы по их весовой значимости с учетом процента использованной дисперсии.

Оценивая ведущий симптомокомплекс «абдоминальное ожирение», следует отметить, что в него вошли наряду с индексом массы тела (ИМТ), отягощенная наследственность, изменения нейроэндокринной регуляции, показатели центральной гемодинамики и артериальная гипертония.

Вторая группа признаков у больных МС определяла симптомокомплекс «нарушение углеводного обмена». При этом тощаковая и постпрандиальная гипергликемия были тесно связаны с ИМТ, нарушениями липидного обмена, толщиной стенок и объемами левого желудочка сердца, эктопической активностью миокарда и уровнем диастолического АД, т.е. имели место начальные проявления ремоделирования миокарда левого желудочка сердца.

Абдоминальное ожирение, нарушение углеводного обмена с формированием ремоделирования миокарда левого желудочка сердца, на фоне нейроэндокринного дисбаланса приводило к вторичному повышению уровня АД. Показатели третьего симптомокомплекса «артериальная гипертония» включали в себя не только показатели систолического, диастолического и среднего АД, а были связаны с нейрогуморальной его регуляцией.

Четвертый симптомокомплекс под условным названием «нарушение липидного обмена» включал в себя не только показатели атерогенной дислипопротеидемии, а также абдоминальное ожирение и стеатогепатоз.

Завершая оценку роли основных групп признаков в формировании МС, следует остановиться на пятом факторе «нарушение реологии крови», в который входили признаки, свидетельствующие о гиперкоагуляции, которые имели тесную связь с уровнем постпрандиальной гликемией гиперальдостеронемией.

Таким образом, в метаболический синдром с учетом степени факторной нагрузки входят следующие группы признаков под условным названием: «абдоминальное ожирение» (23%), «нарушения углеводного обмена» (18,2%), «артериальная гипертония» (7,8%), «нарушение липидного обмена» (7%), «нарушение реологии крови» (6%), что и определяет в дальнейшем характер развития сердечно-сосудистых осложнений.

0068 АКТИВНОСТЬ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ЦЕРУЛОПЛАЗМИН/ ТРАНСФЕРРИН В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА: ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Артамошина Н.Е., Белая О.Л.[1], Калмыкова В.И.[2], Байдер Л.М.[3], Куроптева З.В.[3]
ФГУ «Поликлиника № 5» УДПРФ, МГМСУ[1], Москва, Россия; ММА имени И.М.Сеченова[2], Москва, Россия; ИБХФ РАН[3], Москва, Россия

Цель исследования: изучить активность антиоксидантной системы церулоплазмин/трансферрин (АОС ЦП/ТФ) в плазме крови больных ИБС: постинфарктным кардиосклерозом с дислипидемией (ДЛП) Па и Пб типа во взаимосвязи с уровнем атерогенных липидов и первичных - диеновых конъюгатов (ДК) и вторичных – тиобарбитуровая кислота (ТБК)-реактивных продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ).

Материалы и методы: наблюдали 36 больных (20 мужчин и 160 женщин), средний возраст 54,6±4,8 лет, перенесших инфаркт миокарда не менее чем за 6 месяцев до проведения исследования и 20 условно здоровых лиц (10 мужчин и 10 женщин), средний возраст 46,8±3,7 лет. Всем пациентам проводилось клиническое обследование (ЭКГ, холтеровское мониторирование, допплерэхокардиография, биохимическое исследование крови общепринятыми методами: фракции липидов, ДК, ТБК-продукты. Амплитуду сигнала церулоплазмина и трансферрина в плазме крови определяли методом электронного парамагнитного резонанса (ЭПР) при температуре 77oK.

Результаты: в группе условно здоровых лиц активность АОС ЦП/ТФ в плазме крови составила в среднем 1,14±0,12, в группе больных постинфарктным кардиосклерозом - 0,96±0,1, что было достоверно ниже ($p<0,05$). При этом у 78% больных ИБС активность АОС ЦП/ТФ была ниже показателей условно здоровых лиц, у 11% - такая же, у 11% - выше. Содержание общего холестерина (ОХС) и холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП) у больных ИБС было достоверно выше таковых у условно здоровых людей и составило 6,1±0,3 и 4,3±0,3 ммоль/л соответственно ($p<0,05$). Уровень ДК и ТБК-продуктов составил для больных ИБС соответственно 26,4±1,1 нмоль/мл и 0,19±0,02 нмоль/мг белка, для здоровых лиц 14,0±0,99 нмоль/мл и 0,12±0,02 нмоль/мг белка. У больных ИБС: постинфарктным кардиосклерозом выявлена обратная корреляционная связь между активностью АОС ЦП/ТФ и содержанием ДК ($r=-0,36$), ТБК-продуктов ($r=-0,4$), обратная связь между содержанием ХС-ЛПНП и активностью АОС ЦП/ТФ ($r=-0,34$).

Заключение: установлено, что у больных ИБС: постинфарктным кардиосклерозом отмечается достоверное снижение активности АОС ЦП/ТФ по сравнению с условно здоровыми лицами. Выявленная обратная корреляционная связь между активностью АОС ЦП/ТФ, содержанием первичных и вторичных продуктов ПОЛ и уровнем ОХС при ИБС

0069 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Артемьева Е.Г., Маленкова В.Ю.
ГОУ «ИУВ» МЗ СР ЧР, Чебоксары, Россия

Цель исследования. Изучить распространенность хронической сердечной недостаточности, различных факторов и уровень информированности больных об этом заболевании в Чувашской Республике.

Материалы и методы. Репрезентативная выборка, включающая 1325 семей, состоящих из 3090 респондентов, была создана методом «пошаговой» рандомизации. Исследование проведено в десяти центрах Чувашской Республики. Карта-вопросник включала в себя паспортные данные, анамнез, данные клинического обследования. У каждого респондента выявляли наличие различных факторов риска. К группе больных хронической сердечной недостаточности были отнесены исследуемые, имеющие в анамнезе одно из сердечно-сосудистых заболеваний: артериальная гипертония, стабильная стенокардия, ранее перенесенные острый инфаркт миокарда или инсульт, диагностированные пороки сердца или перемежающаяся хромота и одышку при спокойной ходьбе или умеренной физической нагрузке.

Результаты. Распространенность хронической сердечной недостаточности в Чувашской Республике в соответствии с критериями, документирующими ХСН I-IV ФК, составила 6,4% случаев. Изучение традиционных факторов риска, включая чрезмерное употребление соли, курение, ожирение, злоупотребление алкоголем и сахарный диабет, в репрезентативной выборке Чувашской Республики показало следующее. Чрезмерное употребление соли выявлено у больных хронической сердечной недостаточности в 39,2% случаев, что достоверно больше, чем в целом в популяции (32,2%). Фактор курения зарегистрирован у 11,1% больных хронической сердечной недостаточности, что несколько ниже, чем среди лиц всей популяции (19,1%). Распространенность у пациентов с хронической сердечной недостаточностью индекса массы тела ≥30 кг/м оказалась в 3 раза выше по сравнению с популяцией и составила 28,14% случаев (9%). Злоупотребление алкоголем, в дозе более 50-ти спиртовых единиц, установлено у 26,13% лиц, страдающих хронической сердечной недостаточностью, тогда как в популяции в целом этот показатель достиг 32,5% случаев. Сахарный диабет диагностирован у 10,55% больных хронической сердечной недостаточностью, что в 6 раз превышает распространенность этого фактора риска в популяции (1,72%). Информированность о хронической сердечной недостаточности среди больных данным заболеванием составила только 46,73%.

Выводы.

1.Выявлена высокая распространенность хронической сердечной недостаточности в Чувашской республике.

2.Установлена высокая распространенность факторов риска среди больных хронической сердечной недостаточностью, таких как сахарный диабет, ожирение, злоупотребление солью и алкогольными напитками.

3.Выявлен низкий уровень информированности больных хронической сердечной недостаточностью о своем состоянии.

0070 АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Артемьева Е.Г., Маленкова В.Ю.
ГОУ «ИУВ» МЗ СР ЧР, Чебоксары, Россия

Цель: оценить эффективность лекарственной терапии хронической сердечной недостаточности в Чувашской Республике.

Материалы и методы: в рамках эпидемиологического исследования «ЭПОХА» обследовано 3090 человек в 10 центрах Чувашской Республики старше 10 лет. Проанализированы карты – вопросники, в которые были включены вопросы о различных препаратах, дозах, стратегии (постоянная или курсовая) и компонентности терапии. Эффективность терапии оценивалась на основании национальных рекомендаций ВНОК 2003 года в соответствии с которыми основными лекарственными препаратами для лечения хронической сердечной недостаточности, эффект которых доказан и сомнений не вызывает, являются ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), β-адреноблокаторы (БАБ), диуретики, сердечные гликозиды (СГ) и антагонисты рецепторов к альдостерону.

Результаты. Медикаментозную терапию по поводу хронической сердечной недостаточности получали 78,5% больных, страдающих данным заболеванием. Постоянно лечились только 51% пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Анализируя лекарственную терапию больных ХСН, было выявлено следующее. Систематически получали лечение базисными препаратами 41,5% обследуемых. ИАПФ принимали 34% пациентов. Частота назначений БАБ составила 13%, и среди них не было ни одного рекомендованного для лечения хронической сердечной недостаточности лекарственного средства. Диуретики получали 14,5% больных, страдающих хронической сердечной недостаточностью. СГ назначались в 4% и антагонисты альдостерона – в 2% случаев. Прочими препаратами (ноотропы, но-шпа, АТФ, и др.) лечились 38% пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Из всех больных хронической сердечной недостаточностью, принимающих лекарственные средства, относящиеся к основной группе, монотерапию получали 61,2%. Двухкомпонентная терапия была выявлена в 30,2% случаев. Всего лишь 8,6% больных принимали три препарата одновременно. Ни один больной не принимал более трех препаратов, относящихся к основной группе лекарственных средств, рекомендован-

ных для лечения хронической сердечной недостаточности, одновременно.

Выводы.

1. Выявлен низкий охват терапией больных хронической сердечной недостаточностью в Чувашской Республике.

2. Более половины больных, страдающих хронической сердечной недостаточностью, не получают базисное лечение систематически.

3. В лечении больных хронической сердечной недостаточностью недостаточно используются основные патогенетические группы препаратов, рекомендованные национальными стандартами.

4. При назначении БАБ рекомендуются препараты с недоказанной эффективностью.

0071 ДИНАМИКА УРОВНЯ БИОАМИНОВ КРОВИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНОТЕРАПИИ

Артемьева Е.Г., Викторов Ю.Н.
ГОУ «ИУВ» МЗ СР ЧР, Чебоксары, Россия

Целью исследования является оценка эффективности инфузионной озонотерапии (ОТ) у больных ИБС на основании оценки уровней гистамина (Г), серотонина (С) и катехоламинов (КХ) структур крови.

Материалы и методы исследования. Динамическое наблюдение и лечение проведено за 280 больными ИБС: стенокардией напряжения. Среди них 138 мужчин и 142 женщины в возрасте от 48 до 72 лет с давностью ИБС: стенокардией напряжения от 2 до 19 лет. Перед началом лечения у всех больных брали мазки-отпечатки крови из безымянного пальца левой руки. Для избирательного выявления КХ и С в крови использовали люминесцентно-гистохимический метод Фалька и Хилларпа в модификации Е.М. Крохиной (1969). Г определяли методом Кросса, Эвена, Роста (1971). Все пациенты были разделены на 2 репрезентативные группы по 140 человек в каждой. Пациентам основной группы, помимо базисного лечения, проводили ОТ с концентрацией озона 1,5 мг/л. Курс лечения состоял из 10-12 процедур, проводимых через день, два раза в год.

Результаты люминесцентно-гистохимических исследований показали, что биоамины в структурах крови у больных ИБС распределены неравномерно. Содержание Г, С и КХ у больных было достоверно выше, чем у здоровых. Наиболее значительные изменения уровня биогенных аминов отмечены в полиморфноядерных лейкоцитах (Ле), лимфоцитах (Л) и тромбоцитах (Тр). Установлены достоверные различия в содержании С и Г в зависимости от возраста и принадлежности к полу пациентов. У женщин отмечено повышение уровня С в Ле и Л, а КХ - в эритроцитах (Эр) и Тр, у мужчин - повышение уровня Г. Высокое содержание С в Ле, Л и Тр отмечено в возрасте 48-55 лет. Установлены корреляционные взаимосвязи между уровнями Г, С и КХ в Л, Ле, Тр и плазме и длительностью течения болезни. Корреляционный анализ выявил тесную связь между уровнем Г, С и КХ и уровнем триглицеридов и липопротеидов высокой, низкой и очень низкой плотности.

Выводы. Курс ОТ приводил к снижению уровней Г, С и КХ в Эр, Ле, Л, Тр и плазме. Параллельно этому ОТ существенно улучшала вегетативную регуляцию, что документировано более существенным снижением КХ в клеточных структурах крови по сравнению с уровнем Г и С. Это способствовало снижению гипердинамии миокарда, повышению толерантности к физической нагрузке и антиангинальному эффекту.

0072 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

Артемьева Е.Г., Викторов Ю.Н.
ГОУ «ИУВ» МЗ СР ЧР, Чебоксары, Россия

Цель исследования. Оценить эффективность инфузионной озонотерапии (ОТ) у больных ИБС в сочетании с хроническим гастритом (ХГ) на основании динамики уровней гистамина (Г), серотонина (С) и катехоламинов (КХ) крови и слизистой оболочки желудка (СОЖ).

Материал и методы исследования. Проведено лечение за 126 больных ИБС: стенокардией напряжения в сочетании с ХГ. Среди них мужчины и женщины в возрасте от 34 до 56 лет (средний возраст 48,7±3,6) с давностью ИБС от 2 до 11 лет (в среднем 5,4±1,7) и ХГ, ассоциированным с Нр, от 2 до 15 лет (в среднем 7,6±2,3). Контрольную группу представляли 120 практически здоровых людей (волонтеров) аналогичного возраста. Перед началом лечения у всех больных брали мазки-отпечатки крови из безымянного пальца левой руки и биоптаты СОЖ. Для избирательного выявления КХ и С использовали люминесцентно-гистохимический метод Фалька и Хилларпа в модификации Е.М. Крохиной (1969). Гистамин определяли методом Кросса, Эвена, Роста (1971). Пациенты основной группы (63 чел.) получали ОТ с концентрацией озона 1,5 мг/л. Установлено, что содержание Г, С и КХ в крови и СОЖ было достоверно выше, чем у здоровых. Наиболее значительные изменения уровня Г, С и КХ отмечены в полиморфноядерных лейкоцитах (Ле), лимфоцитах (Л) и тромбоцитах (Тр), эндокринных (ЭК) и энтерохромаффинных клетках (ЭФК). У женщин отмечено повышение уровня С в Ле и Л, ЭФК, макрофагах (М), а КХ - в эритроцитах (Эр), Тр, и железистом эпителии (ЖЭ), у мужчин - повышение уровня Г. У больных ИБС и ХГ установлены достоверные различия в содержании С, Г и КХ в отдельных структурах крови в зависимости от возраста. Высокое содержание С в Ле, Л и Тр отмечено в возрасте 48-55 лет, параллельно этому установлено снижение уровней Г, С и КХ в структурах СОЖ у пациентов старше 34 лет. Установлены положительные корреляционные связи между уровнем С и КХ в Л, Ле, Тр, плазме, ЭК, М и ЖЭ и длительностью течения болезни.

Выводы. ОТ способствовала снижению уровня С и Г, КХ в клетках крови и СОЖ, что свидетельствует об улучшении (восстановлении) адаптационно-трофической функции симпатического отдела вегетативной нервной системы. Позитивное влияние ОТ на клинико-лабораторную динамику болезни, липидный обмен и биоаминный статус структур крови и СОЖ, позволяет сделать заключение о возможности широкого использования данного метода лечения больных ИБС и ХГ.

0073 СВЯЗЬ ГЕНА ПАРАОКСОНАЗЫ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Асадуллина Г.В., Муталова Э.Г., Максютова С.С., Максютова Л.Ф.
Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Параоксоназа (PON) циркулирует в крови в составе липопротеидов высокой плотности и играет важную роль в угнетении окислительной модификации липопротеидов низкой плотности. В связи с этим проводятся многочисленные исследования по изучению роли этого фермента в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель настоящего исследования заключалась в анализе ассоциаций Gln192Arg полиморфизма гена PON с риском возникновения эссенциальной гипертензии (ЭГ). Данный полиморфизм обусловлен заменой аминокислоты глутамина (А-форма) в 192 кодоне на аргинин (В-форма).

Методы. Анализ генетического полиморфизма осуществляли методом полимеразной цепной реакции синтеза ДНК с последующей рестрикцией AlwI. Попарное сравнение частот аллелей и генотипов проводили с использованием точного двустороннего критерия Фишера. Относительный риск (OR) рассчитывали как отношение шансов. Выборку больных ЭГ составили 86 мужчин (татар по этнической принадлежности), без сопутствующих хронических заболеваний. В группу сравнения вошли 99 практически здоровых мужчин (татар по этнической принадлежности), без признаков сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Результаты. Попарное сравнение частот генотипов и аллелей показало, что в группе больных ЭГ достоверно повышена частота генотипа BB (18,6% относительно 8,08% в группе здоровых лиц, p=0,047, OR=2,60). Нами обнаружены также различия между подвыборками больных ЭГ с различными факторами риска и контрольной группой. Так, в группе больных ЭГ с гипертрофией левого желудочка достоверно повышена частота генотипа BB (25,58% относительно 8,08% в контроле, p=0,008, OR=3,91) и аллеля B (45,35% против 31,82%, p=0,032, OR=1,78). В подгруппе больных с наследственной отягощенностью по ССЗ достоверно чаще встречается генотип BB (28.135 относительно 8.08% в выборке здоровых лиц, p=0,006, OR=4,45).

Таким образом, генотип BB и аллель B маркируют повышенный риск развития ЭГ. Этот факт представляется закономерным в свете данных литературы о том, что B-изоформа белка обладает меньшей способностью предотвращать окислительную модификацию и накопление перекисей липидов в липопротеидах низкой плотности, чем A-изоформа, что позволяет понять связь этого полиморфизма PON с риском ССЗ.

Выводы. Полученные нами результаты молекулярно-генетического анализа Gln192αrg полиморфизма гена PON свидетельствуют об участии данного гена в этиопатогенезе ЭГ и могут быть рекомендованы для разработки тестов при медико-генетическом консультировании с целью раннего выявления лиц с высоким рисом развития ЭГ.

0074 КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИЕЙ

Атаян А.С.[1], Машин В.Вл.[1], Фонякин А.В.[2], Машин В.В.[1], Назина Л.В.[1]
[1]Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия ; [2]Научный центр неврологии РАМН, Москва, Россия

Введение. Среди разнообразия причин нарушений мозгового кровообращения известна роль транзиторной артериальной гипотонии в сочетании со стенозирующими процессами артерий головного мозга. Однако недостаточно изучено влияние стабильных форм артериальной гипотонии на формирование хронической цереброваскулярной патологии.

Цель работы. Клиническая диагностика церебральных расстройств у больных со стабильной эссенциальной артериальной гипотонией.

Материалы и методы. Обследовано 35 больных с эссенциальной артериальной гипотонией. Длительность заболевания составила 19,5±5,6 лет. Среди обследованных было 33 женщины и 2 мужчин, средний возраст составил 41,2±9,2 года. В анамнезе не отмечалось поражения сердца и артерий головы. Всем пациентам проводился неврологический осмотр, нейропсихологическое тестирование, суточное мониторирование артериального давления (СМАД) и эхокардиография.

Результаты. По результатам неврологического и нейропсихологического обследования установлено, что у 6 (17%) пациентов неврологические нарушения носили характер начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга (НПНКМ). Более тяжелое поражение головного мозга – дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) диагностирована у 21 (60%) больного. При этом признаки ДЭ I стадии диагностированы у 9 пациентов, ДЭ II стадии - у 11 пациентов и ДЭ III стадии - у 1 больного. У 8 (24%) лиц клинических признаков поражения головного мозга выявлено не было. При анализе встречаемости неврологических синдромов пирамидный был диагностирован у 14% больных, псевдобульбарный – у 29% больных, вестибуломозжечковый верифицирован у 43% пациентов. Статистически значимого преобладания какого-либо синдрома выявлено не было. Результаты СМАД продемонстрировали стабильное систоло-диастолическое снижение АД на протяжении всех суток. Эхокардиографически нарушений систолической функции сердца ни у одного пациента выявлено не было. При нейропсихологическом обследовании при НПНКМ и ДЭ у 86% пациентов отмечалось снижение слухоречевой памяти, у 85% больных - нарушения понимания речи, у 70% пациентов - динамического праксиса, у 60% - зрительного гнозиса, у 65% - акустического гнозиса, у 70% обследованных отмечалось нарушение счета. Описанные отклонения были обусловлены истощаемостью практически во всех видах деятельности, что значительно ухудшало качество жизни.

Выводы. Более чем у половины (60%) больных со стабильной эссенциальной артериальной гипотонией были диагностированы клинические проявления сосудистого поражения головного мозга, что могло быть обусловлено стойкими изменениями центральной гемодинамики и, как следствие - церебральной гемодинамики. Нейропсихологические нарушения носили вторичный характер и, вероятнее всего, были обусловлены снижением активирующего воздействия ретикулярной формации на фоне гипотонической нагрузки.

0075 НЕКОТОРЫЕ ПАРАМЕТРЫ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Ауэзова А.Н., Абдуллаев Т.А., Камалов З.С.
Институт иммунологии АН РУз, Институт кардиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Артериальная гипертония в настоящее время рассматривается как многофакторная патология, одним из звеньев которой являются нарушения функционального состояния эндотелия сосудистого русла. Одной из основных функций эндотелия является иммунная. Показано, что системные и локальные медиаторы воспаления, вырабатываемые эндотелием сосудистого русла, играют значительную роль в формировании эндотелиальной дисфункции при кардиологической патологии.

Целью исследования явилось изучение уровней цитокинов у больных с артериальной гипертонией. Нами были обследованы 45 больных гипертонической болезнью, находившиеся на стационарном лечении в кардиологическом отделении гор. больницы в г. Нукусе. Возраст больных был в пределах от 45 до 60 лет. Больные были разделены на 2 группы – 26 больных с гипертонической болезнью II стадии составили 1-ю группу и 19 больных – III стадии составили 2-ю группу. 18 практически здоровых людей в том же возрастном аспекте составили контрольную группу. Изучение уровней цитокинов IL-1β, IL-4, IL-6, IL-10 и TNFα проводили в сыворотке крови методом ИФА (ООО «Цитокин», С-Пб, Россия). Проведенные исследования показали, что у больных 1 группы уровень ИЛ-1β в 2,5 раза было выше значений контрольной группы ($P<0,01$) и в 1,8 раза ниже значений больных, составивших 2-ю группу ($P<0,01$). Уровень IL-6 у больных 2-й группы был в 7,8 раз выше данных 1-ой группы ($P<0,001$) и 8,9 раз выше контрольных значений ($P<0,001$). Достоверно повышенным был и уровень TNFa ($P<0,001$), в то время как концентрация IL-10 у больных 2-й группы была достоверно сниженной ($P<0,01$) по сравнению с данными контрольной группы, а у больных 1-й группы – в 1,7 раза выше контрольных значений ($P<0,01$). Таким образом, проведенные исследования цитокинового статуса выявили активацию провоспалительных цитокинов у больных гипертонической болезнью, коррелирующую с тяжестью заболевания. Наблюдается активация Th1-хелперов и синтез цитокинов, оказывающих супрессивный эффект на гуморальный иммунитет. Включается цитотоксический механизм поражения, который связан с Т-киллерами. При этом гиперактивация Th1-лимфоцитов способствует повышению синтеза циркулирующих иммунных комплексов, которые, в свою очередь, оказывают влияние на синтез антител к эндотелию сосудистого русла и могут быть причиной аутоиммунного нарушения.

0076 ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БРУЦЕЛЛЕЗОМ

Ахмедова М.Д., Хасаев А.Ш., Шанавазова С.А., Алиева Д.З., Абусуева З.С., Гаджиева З.Г., Чиликина Н.М., Магомедова С.А., Тагирбекова А.Р.
Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала, Россия

Введение. Поражение сердечно-сосудистой системы у больных бруцеллезом определяет течение и исход заболевания. Электрокардиография остается одним из информативных методов диагностики поражения миокарда. Она позволяет диагностировать нарушения автоматизма, проводимости, возбудимости и реполяризации, а также гипертрофию миокарда желудочков и предсердий и др.

Цель работы – изучение электрокардиографических показателей основных функций сердца у больных хроническим бруцеллезом.

Материалы и методы исследования. Нами проведено электрокардиографическое исследование у 162 больных хроническим бруцеллезом (средний возраст 41±15 лет, мужчины 78%). Длительность заболевания в среднем составляла 2,1±0,7 года. Диагноз хронического бруцеллеза был выставлен на основании анамнестических и клинико-лабораторных данных, положительных результатов реакции Райта-Хеддельсона, пассивной гемагглютинации с эритроцитарным бруцеллезным диагностикумом и внутрикожной пробы Бюрне.

Для оценки функционального состояния сердца у больных использовалась традиционная электрокардиография в 12 отведениях на аппарате Dr Lee 310A фирмы Fucuda ME (Япония). При этом нами изучены изменения основных функций сердца: автоматизма, возбудимости, проводимости и реполяризации.

Результаты. Анализ частоты клинических проявлений бруцеллеза у больных показал, что частыми симптомами заболевания являются кардиалгия в 17%, глухость тонов сердца в 34%, тахикардия в 4%, общая слабость в 92% случаев, головная боль в 66%, потливость в 62%, лихорадка в 7%, артралгия в 100%, гепатомегалия в 28%. При эхокардиографическом обследовании у 1 (0,6%) больного выявлен экссудативный перикардит и у 1 (0,6%) больного – бактериальный эндокардит с поражением митрального и аортального клапанов.

Электрокардиографические признаки нарушений автоматизма выявлены у 40% больных в виде синусовой тахикардии (14%), синусовой брадикардии (10%) или синусовой аритмии (16%). Нарушения проводимости отмечалось у 32% больных, характеризовались внутрижелудочковой (22%) и атривентрикулярной блокадой 1 степени (11%). Нарушение возбудимости отмечалось у 17% больных в виде предсердной (10%) и желудочковой экстрасистолии (12%). Нарушение реполяризации отмечалось у 31% больных в виде депрессии сегмента ST (4%), отрицательного зубца Т (16%), синдрома ранней реполяризации желудочков (14%) и синдрома удлиненного интервала QT (10%).

Результаты проведенного исследования позволяют сделать следующие выводы:

1) при хронической бруцеллезной инфекции отмечается нарушение автоматизма синусового узла, проводимости атриовентрикулярного соединения и ветвей пучка Гиса, возбудимости и реполяризации миокарда желудочков;

2) выявленные нарушения функций сердца требуют их коррекции у больных хроническим бруцеллезом.

0077 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАРВЕДИЛОЛА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ахмедова Ш.С.
ТМА, Ташкент, Узбекистан

Цель: изучение эффективности карведилола у больных с хронической сердечной недостаточностью.

Методы исследования: при выбранном нами режиме дозирования карведилола, т.е. начиная 6,25 мг/сут, с последующим повышением суточной дозы до 12,5 мг/сут, при продолжительности лечения 3 месяца, мы не получали снижения САД ниже 100 мм рт.ст. Сходная динамика отмечена относительно ДАД - брадикардии менее 60 уд/мин не наблюдалось, улучшилась систолическая и диастолическая функция ЛЖ. Так КСО снизился на 12,4%, КДО на 9,6%, а фракция выброса возросла на 16,7%. У 42 пациентов с выраженной сердечной недостаточностью функционального класса II и III по NYHA отмечены признаки дисфункции и повреждения эндотелиоцитов, выражающиеся увеличением количества циркулирующих эндотелиоцитов в плазме крови. Длительная терапия карведилолом привела к уменьшению количества десквамированных эндотелиоцитов в плазме крови у больных ХСН II и III ФК. Последнее видимо, обусловлено уменьшением влияния биогенных аминов на сосудистую стенку в условиях коррекции ХСН БАБ. Использование карведилола в течение 3 месяцев сопровождалось уменьшением содержания МДА в крови, что указывает на антиоксидантный эффект препарата. Отмечено повышение активности СОД на 22,6%.

Выводы: использование карведилола приводит к улучшению клинического состояния больных ХСН II и III ФК, уменьшению ЧСС, КСО, КДО, увеличению ФВ на 16,7%, а также уменьшению содержания триглицеридов, МДА, циркулирующих эндотелиоцитов и повышению активности СОД.

0078 ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ И ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ЕЁ КОРРЕКЦИЯ

Ахмедова Ш.С.
ТМА, Ташкент, Узбекистан

Цель: изучение влияния аспирина и карведилола на функциональное состояние эндотелия и тромбоцитов у больных ХСН ФК I-III.

Материал и методы исследования: обследованы 80 больных с ХСН ФК I-III по NYHA, обусловленный хронической формой ишемической болезни сердца. Курс лечения карведилолом составил 3 месяца в суточной дозе 6,25 мг.

Результаты исследования: на основе проведенных исследований выявлено проявление дисфункции тромбоцитов на фоне терапии аспирином. Отмечено снижение на 25 % количества тромбоцитов вовлеченных в агрегаты у больных ХСН ФК I, на 33% ФК II и на 43% ФК III. Сходная динамика отмечена относительно суммы активированных форм тромбоцитов. Умеренное снижение уровня эндотелиоцитов, достигнуто в группе больных получавших наряду с базисной терапией карведилол. При длительном использовании карведилола отмечено снижение количества десквамированных эндотелиоцитов в плазме крови больных ХСН ФК I - на 24%, ФК II - на 40% и при ФК III на 53%. В свою очередь, снижение содержания эндотелиоцитов сопровождается достоверным снижением содержания фактора Виллебранда и фибриногена, причем уровень ингибитора активатора плазминогена сохранялся в пределах патологических значений. Наряду с изменениями функционального состояния эндотелиоцитов, наблюдалось снижение адгезивно-агрегационных свойств тромбоцитов, что видимо, обусловлено блокадой циклооксигеназы тромбоцитов на фоне терапии аспирином.

Вывод: дисфункция эндотелия и тромбоцитов является одной из ранних признаков ХСН, и в данной ситуации использование аспирина оказывает антиагрегационное действие на тромбоциты, тогда как применение карведилола на сосудистый эндотелий, что естественно в конечном итоге влияет на гемодинамические показатели.

0079 ЗНАЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ОМАКОРА У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Бадина Л.К., Тургунова Л.Г., Умбеталина Н.С.
КГМА, Караганда, Казахстан

Цель: изучить влияние омакора на профилактику внезапной смерти у больных с перенесенным инфарктом миокарда (ПИМ).

Материал и методы. Было обследовано 34 пациента (средний возраст 63,5±8,0 лет), длительность ИБС 7,3±2,6 лет, давность ПИМ не превышала 2 месяцев, у 12 пациентов был синдром артериальной гипертензии 1 степени; у 7- нарушение толерантности к глюкозе. При исследовании диастолической функции левого же-

лудочка выявлен I типа диастолических нарушений (ДН) у 16 пациентов, рестриктивный (II) тип ДН - у 4 человек; фракция выброса (ФВ) составила 57,0±6,72%. Пациенты были разделены на 2 группы сопоставимые по возрасту, медиане времени от развития острого инфаркта миокарда (ОИМ), уровню АД, показателям систолической и диастолической функции миокарда. 1 группа получала препараты стандартной профилактической терапии; 2 группа дополнительно принимала препарат, содержащий концентрат омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (Омакор фирмы «Solvay Pharma») в дозе от 1 до 4 г в сутки в зависимости от исходного уровня триглицеридов крови (средняя доза составила 2,2±1,5 г/сутки). Длительность наблюдения составила 12 месяцев. Статистическая обработка проводилась с помощью программы «StatIstIca 6.0» для WIndows. Достоверность различий в группах оценивалась с помощью $\chi 2$. Прогностический индекс (ПИ) показателей рассчитывался по формуле Байеса.

Результаты. К концу года терапию закончили 29 человек: в контрольной группе у 2 пациентов развился инфаркт миокарда, у 1 пациента была внезапная остановка кровообращения с эффективной сердечно-легочной реанимацией; 1 пациент выбыл из исследования через 5,5 месяцев в связи с отъездом; во 2 группе у 1 пациента имел место повторный нефатальный ИМ. Расчет прогностического индекса показал, что дополнительное назначение омакора уменьшает риск развития неблагоприятных клинических исходов по сравнению со стандартной профилактической терапией (ПИ=-2,4). Выявленные различия носили недостоверный характер, что, по-видимому, может быть связано с небольшим числом пациентов, длительностью наблюдения, влиянием других факторов на отдаленные исходы. Самостоятельное неблагоприятное значение имели низкая фракция выброса (ПИ=6,4; $\chi 2$=4,90, $p<0,05$), рестриктивный тип ДН левого желудочка (ПИ=13,4; $\chi 2$=13,4; $p<0,05$). Переносимость препарата была хорошей: на дозе 1-2 г в сутки побочных эффектов не отмечалось, при увеличении дозы до 4 г в сутки в 2 случаях отмечалось появление тошноты. Показатели общего анализа крови, мочи и биохимии крови (креатинин, калий, натрий, сахар, трансаминазы) на протяжении всего исследования по сравнению с исходными значениями достоверно не изменялись, отсутствовала отрицательная динамика на ЭКГ. На фоне приема омакора достоверно снизился уровень триглицеридов и холестерина очень низкой плотности ($p<0,05$), включая пациентов с сахарным диабетом.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о дополнительном положительном влиянии лечения омакором на выживаемость пациентов с перенесенным инфарктом миокарда и тенденции к улучшению прогноза по сравнению со стандартной терапией. Препарат характеризуется хорошей переносимостью и положительным влиянием на показатели липидного обмена.

0080 ВЛИЯНИЕ ТЕВЕТЕНА НА МИКРОАЛЬБУМИНУРИЮ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Бадина Л.К., Тургунова Л.Г., Умбеталина Н.С.
КГМА, Караганда, Казахстан

Цель: изучить влияние теветена на микроальбуминурию при лечении артериальной гипертензии у больных с диабетической нефропатией (ДН).

Материал и методы. Под наблюдением находилось 24 пациента (18 женщин, 6- мужчин) с артериальной гипертензией и сахарным диабетом (СД) типа 2 в возрасте от 49 лет до 67 года с длительностью заболевания от 2 до 11 лет. Длительность диабета составила 8,75±3,11 лет; длительность артериальной гипертензии 8,9±3,66 лет. На момент обследования больные находились в состоянии компенсации или субкомпенсации углеводного обмена и получали терапию сахароснижающими препаратами. Больные с почечной недостаточностью в исследование не включались. В течение 4 недель проводилась терапия эпросартаном («Теветен» фирмы Solvay Pharma) в суточной дозе 600 мг 1 раз в день. До начала лечения и в динамике проводили общеклинические и биохимические обследования, тест на микроальбуминурию (МАУ) по полоскам "Микраль-тест II" (фирма Берингер Манхайм, Германия). Тест на микроальбуминурию считался положительным при экскреции альбумина в пределах от 20-200 мкг/мл в двух из трех ночных порций мочи, собранных в течение 3 дней; протеинурии - более 200 мкг/мл. У всех пациентов с микроальбуминурией и протеинурией были исключены аномалии развития и признаки активного воспалительного процесса со стороны мочевыводящей системы. Абсолютным антипротеинурическим эффектом считали экскрецию альбумина с мочой менее 30 мг в сутки; положительным антипротеинурическим эффектом - снижение экскреции белка с мочой по сравнению с исходным уровнем. В случае сохраняющегося уровня альбуминурии и протеинурии или его повышения на фоне проводимого лечения регистрировалось отсутствие антипротеинурического эффекта.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования показали, что применение теветена оказало положительный гипотензивный эффект в 58,3% случаев: систолическое АД снизилось с 171, 4±4,38 мм рт.ст до 140±4,61; диастолическое - с 105,9±5,60 до 87,2±6,12 мм рт.ст. ($p<0,01$). Переносимость препарата была хорошей: не было отмечено случаев появления или усиления кашля, отрицательного влияния на концентрацию триглицеридов, общего холестерина, уровень сахара в крови. Число больных с микроальбуминурией до начала лечения составило 19 человек, с протеинурией – 3. На фоне лечения теветеном уровень МАУ достиг нормы у 29,2% пациентов, снизился по сравнению с исходным уровнем- у 45,8%, у 25% пациентов антипротеинемический эффект не был достигнут. Отмечено, что частота и степень антипротеинурического эффекта в определенной степени зависела от исходного уровня альбуминурии и протеинурии. Отсутствие антипротеинурического эффекта было отмечено у пациентов с уровнем МАУ более 300 мг/сут; наиболее выраженный положительный эффект отмечался при исходном уровне МАУ менее 100 мг/сут (36,8%). Возможно, для достижения максимального эффекта имеет значение увеличение длительности терапии.

Выводы. Применение теветена в дозе 600 мг в сутки при артериальной гипертензии у больных сахарным диабетом и микроальбуминурией оказывает достаточный гипотензивный эффект в 58,3% случаев и абсолютный протеинурический эффект в 29,2% случаев.

0081 НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ (ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА)

Бакшеев В.И., Коломоец Н.М., Плешаков А.В. Увайсова К.У., Костычева Т.В., Бабина И.А.
ФГУ «52 Консультативно диагностический центр МО РФ», Москва, Россия

Цель. Определить клиническую эффективность новых лекарственных средств и образовательных программ в лечении больных с кардиореспираторной патологией (КРП): ишемическая болезнь сердца (ИБС) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмой (БА).

Методы. Использованы клинические и традиционные лабораторно-инструментальные методы исследования. В 2006г проведено пилотное исследование по изучению влияния силденафила (Виагра, PfIzer) на уровень давления в легочной артерии (ЛА), в котором приняло участие 15 добровольцев-мужчин в возрасте 37,7±1,7 лет (от 35 до 40 лет) с факторами риска (ФР) развития КРП. В 2007г. завершено пилотное исследование по оценке клинической эффективности ивабрадина (кораксан, ServIer) у 40 пациентов (34 мужчины и 6 женщин; средний возраст обследованных составлял 53,4±3,3 лет) с ИБС, стабильной стенокардией (ССН) сочетавшейся с ХОБЛ. Препарат назначали в дозе 5 мг 2 раза в день в течение месяца, изу-

чали его влияние на бронхиальную проходимость. В 2006г в проспективном исследовании изучена эффективность длительной (более 1 года) в составе комплексной терапии триметазидином (предуктал МВ, ServIer) у 135 пациентов ИБС, ССН II и III ФК в сочетании с ХОБЛ среднетяжелого (n=111) и тяжелого (n=24) течения. С 2002-2007гг завершено 5-летнее проспективное исследование по изучению эффективности группового обучения больных (n=54) с КРП.

Результаты. 1. У пациентов с ФР развития сердечно-сосудистых заболеваний и ХОБЛ силденафил оказывает нормализующее влияние на функциональное состояние эндотелия, легочное сосудистое сопротивление, достоверно снижает на 23,7% давление в легочной артерии, улучшает бронхиальную проходимость. 2. Ивабрадин у больных с КРП, способствует оптимизации вентиляционно-перфузионных соотношений, увеличивает толерантность к физическим нагрузкам, снижает давление в ЛА, улучшает качество жизни и не влияет на функцию внешнего дыхания. Может применяться в качестве альтернативы β-адреноблокаторам. 3. Длительное (не менее 1 года) применение триметазидина МВ способствует нормализации показателей сердечно-сосудистой системы у больных с КРП, снижает частоту сердечно-сосудистых осложнений, улучшает прогноз заболевания, не сопровождается отрицательными побочными эффектами. 4. Обучение больных с КРП повышает информированность пациентов, улучшает комплаенс и качество жизни, позволяет снизить частоту госпитализации и возникновения приступов БА и обострения ХОБЛ более чем в 10 раз, приводит к улучшению легочной гемодинамики и является эффективным методом вторичной профилактики на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Заключение. Таким образом, ингибиторы фосфодиэстеразы V типа (силденафил), блокаторов If-рецепторов (ивабрадин), длительная метаболическая терапии триметазидином МВ, групповое обучение пациентов являются эффективными средствами в лечении больных с КРП.

0082 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ТРОМБОЛИЗИСА И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Балабаева Н.А., Мостовой Ю.М., Бабийчук Ю.В., Белонько О.Ф., Цыбрий Т.Ю.
ВНМУ им. Н.И. Пирогова, кардиологическое отделение № 1 ГКБ № 1, Винница, Украина

Цель исследования - оценить качество жизни пациентов после инфаркта миокарда в зависимости от методов лечения (тромболизис, оперативное вмешательство, консервативная терапия).

Методы исследования. В работе проведена сравнительная оценка качества жизни по опроснику MOS SF-36 (украинская версия) 83 пациентов (74 мужчин и 9 женщин) перенесших инфаркт миокарда ИМ в возрасте от 47 до 80 лет (в среднем 57,72±1,7) в зависимости от методов лечения (тромболизис, оперативное вмешательство, консервативная терапия). Все пациенты были разделены на 3 клинические группы: 1-у группу составили 27 (32,6%) больных на острый ИМ, которым в острейшем периоде вводились тромболитики; 2-ю – 28 (33,7%) больных, перенесших оперативное вмешательство после ИМ (аортокоронарное шунтирование или стентирование); 3-ю – 28 (33,7%) больных контрольной группы без тромболизиса и оперативного вмешательства.

В большинстве случаев установлено, что распределение показателей качества жизни в обследованных группах отличалось от нормального, имело слабо выраженный лево- и правосторонний характер, поэтому для сравнения средних значений использовался непараметрический критерий Манна-Уитни.

Было установлено, что у пациентов, которым была проведена коронарная ангиопластика или аортокоронарное шунтированые значительно улучшалось качество жизни за счет уменьшения болевого синдрома (2,57, p<0,05). У пациентов с тромболизисом в остром периоде инфаркта миокарда и оперативными вмешательствами на коронарных сосудах здоровье по сравнению с тем, что было год назад достоверно выше, чем в контрольной группе (4,67 и 3,24 соответственно против 2,15, p<0,05). Кроме того, этот показатель на 30% выше у оперированных пациентов по сравнению с больными, которые получали тромболизис.

Таким образом, можно сделать вывод, что для повышения качества жизни пациентов на ИБС, инфаркт миокарда следует использовать более радикальные инвазивные методы лечения, в первую очередь такие, как ангиопластика и аортокоронарное шунтирование, поскольку они относятся к категории высокого сердечно-сосудистого риска.

0083 ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ И АТРИБУТИВНЫЙ РИСКИ СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СВЯЗИ С УРОВНЕМ СИСТОЛИЧЕСКОГО И ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН 35-64 ЛЕТ ПО ДАННЫМ ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Баланова Ю.А., Константинов В.В., Тимофеева Т.Н., Киреев С., Лельчук И.Н., Капустина А.В, Шальнова С.А., Деев А.Д.
ФГУ «ГНИЦ ПМ Росздрава», Москва, Россия

Цель: изучить уровни относительного и атрибутивного рисков (ОР и АР) смертности от смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в связи с уровнями систолического и диастолического АД, частотой сердечных сокращений (ЧСС); оценить вклад названных выше факторов риска (ФР) в уровни смертности от ССЗ у мужчин и женщин 35-64 лет.

Материал и методы. Материалом для исследования послужили случайные выборки из женского и мужского населения численностью 3036 и 8724 чел. соответственно в возрасте от 35 до 64 лет. За время наблюдения произошло 334 и 2934 смерти у женщин и мужчин соответственно. При обследовании популяций использовались стандартные методы и унифицированные критерии для выявления ФР и ИБС. Статистический анализ выполнялся с использованием пакета SAS (версия 6.12). ОР оценивали по квинтилям распределения САД, ДАД и ЧСС. При этом уровень смертности в 1-й квинтили принимали за 1,0, а значение смертности в верхних квинтилях (4 или 5-я) ФР измеряли по отношению к 1-й или 2-й. Атрибутивный риск характеризовал вклад изучаемых ФР в уровни смертности от ССЗ.

Результаты. Стандартизованный по возрасту ОР смертности в квинтилях САД у женщин значимо увеличивался, начиная со 3-й квинтили (p<0,05). Причем, в 3-й и последующих квинтилях САД ОР смертности более интенсивно возрастал у женщин, чем у мужчин и в 5-й квинтили он был выше, чем в 1-й в 3,6 и 3,8 раза у мужчин и женщин (p<0,0001). Вклад САД в смертность от ССЗ по уровню АР у мужчин и женщин составил 39,8 и 47,8% соответственно. ОР в квинтилях ДАД у мужчин достоверно увеличивался со 2-й квинтили и в 5-й он был в 2,9 раза выше, чем в 1-й (p<0,01). У женщин величина ОР значимой была только в 5-й квинтили ДАД (3,6, p<0,01). Вклад уровня ДАД в смертность от ССЗ по АР у мужчин и женщин соответственно составила 36,3 и 40,1%. ОР смертности от ССЗ, связанный с ЧСС у женщин был выше в 4-й и 5-й квинтилях, чем в 1-й (2,4 и 2,7 соответственно, p<0,01) и зависимость выявилась криволинейная. У мужчин ОР смертности от ССЗ, связанный с ЧСС, значимо возрастал во 2 – 5-й квинтилях (1,22, 1,5 и 2,0 соответственно, p<0,01). Вклад ЧСС в смертность от ССЗ по АР соответственно составил 20,8 и 35,7%.

ОР смертности от ССЗ у мужчин и женщин увеличивался с повышением уровней САД, ДАД и ЧСС (свыше 80 в минуту). Вклад в смертность от ССЗ уровней САД, ДАД, ЧСС, оцениваемый по величине АР у женщин был выше, чем у мужчин.

0084 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КУРЕНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г.ЯКУТСКА

Балтахинова М.Е, Климова Т.М.

ФГНУ «Институт здоровья», Якутск, Россия

Цель исследования: Изучить распространенность курения среди неорганизованного населения г. Якутска.

Материалы и методы: Исследование проводили на репрезентативной стратифицированной по возрасту выборке среди неорганизованного населения 2-х административных округов г. Якутска в возрасте 25-64 лет. Статистический анализ полученных данных проведен в программе STATISTIKA 6.0.

По специальной анкете, рекомендованной для изучения поведенческих факторов риска в российских регионах CINDI, были опрошены 2019 человек, из них 1043 женщин и 976 мужчин. При расчете стандартизованных по возрасту показателей, за стандарт принималась структура европейского населения в возрасте 25–64 лет. К курящим были отнесены лица, выкурившие за свою жизнь более 100 сигарет и курящие на момент исследования каждый день или иногда.

Результаты: Курение широко распространено в обследованной популяции г. Якутска и особенно, среди лиц молодого возраста 25–34 лет (43% среди женщин и 69% у мужчин).

Стандартизованный по возрасту показатель распространенности курения среди населения Якутска составил 56% среди мужчин и 32% у женщин.

В среднем, мужчины г. Якутска выкуривали 17, а женщины 11 сигарет в сутки. Интенсивность курения увеличивалась с возрастом.

Заключение. Таким образом, курение является одним из наиболее распространенных факторов риска неинфекционных заболеваний среди якутской популяции. Борьба с табакокурением может существенно улучшить ситуацию в отношении общей смертности и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний среди населения Якутии.

0085 ПРЕИМУЩЕСТВА РАННЕГО НАЧАЛА РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЁГКИХ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЁННЫМ ОСН ПО КИЛЛИПУ II

Баранов В.Л., Шустов С.Б., Левина Е.М.
ВМА им. С.М. Кирова, 1я кафедра терапии усовершенствования врачей, больница Святого Георгия, Санкт-Петербург, Россия

Одним и самых грозных осложнений является острая левожелудочковая недостаточность. Гипоксия миокарда, усугубляющаяся при ОЛЖ, способствует расширению зоны некроза, экспансии инфаркта, реализации аритмогенной активности. Быстрота купирования развернутого отека лёгких или же его элементов, часто определяет ближайший и, возможно, отдаленный исходы. Респираторная поддержка с применением неинвазивной вентиляции при ОСН по Киллипу II стала традиционной. Мы же решили применить этот метод на более ранней стадии ОЛЖ.

Цель исследования: 1) выявить преимущества применения неинвазивной вентиляции лёгких у пациентов с ОИМ, осложнённым ОСН по Киллипу II по сравнению со стандартной терапией.

2) разработать неинвазивный мониторинг состояния пациентов у больных с ОСН по Киллипу II.

Материалы и методы. Были обследованы 38 пациентов с ОИМ, осложнённым ОСН по Киллипу II. Группу сравнения составили 13 пациентов, основную группу - 25 человек. Все больные получали стандартную медикаментозную терапию. В группе сравнения респираторная поддержка осуществлялась ингаляцией 40% увлажнённого кислорода. В основной группе применялась неинвазивная вентиляция лёгких в течение 20-30 минут в режиме поддержки вдоха давлением 9 см вод. ст. и положительным давлением в конце выдоха 3 см вод. ст. В качестве эффективности использовались физикальные данные, оценка гемодинамики в обоих кругах кровообращения с использованием неинвазивных расчётных методик Старра и Шишмарёва, пикфлоуметрия и признаки гипоксии периферических тканей (окраска кожи и слизистых, содержание лактата в периферической венозной крови и кислородный статус притекающей и оттекающей от периферических тканей крови). В качестве модели периферических тканей изучалось состояние дистальной фаланги указательного пальца.

Результаты. В изучаемой группе, в отличии от контрольной, у всех испытуемых через 30 минут исчезали хрипы в лёгких, через 2 часа исчезали патологический III тон и набухание наружной яремной вены, достоверно улучшались показатели гемодинамики в большом круге (повышался сердечный индекс, снижались среднее динамическое артериальное давление, общее периферическое сосудистое сопротивление, двойное произведение, увеличивалась амплитуда пульсоксиметрической кривой), гемодинамика в малом круге (снижалось среднее давление в лёгочной артерии, повышалось насыщение гемоглобина кислородом в лёгких), улучшалась аэродинамика (уменьшалась ЧД и повышался показатель пикфлоуметрии). Также достоверно исчезали признаки гипоксии периферических тканей: нормализовывался уровень лактата, достоверно улучшалась сатурация гемоглобина кислородом в оттекающей венозной крови.

Выводы. 1) Неинвазивная вентиляция лёгких в режиме поддержки вдоха давлением и ПДКВ с указанными параметрами, является эффективным и безопасным способом при лечении начальной стадии альвеолярного отёка лёгких и имеет очевидные преимущества перед традиционным методом лечения.

2) Неинвазивный мониторинг состояния пациента с включением параметров, характеризующих гипоксию периферических тканей, является надёжным и безопасным.

0086 ФАКТОРЫ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ Q-ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Баранцева Н.Г., Логачева И.В.
ВПО ИГМА, ГУЗ РКДЦ МЗ УР, Ижевск, Россия

Цель исследования. Изучить в динамике структуру нарушений ритма и вариабельность сердечного ритма у пациентов, перенесших Q-инфаркт миокарда.

Материалы и методы. Проанализированы протоколы суточного мониторирования ЭКГ у 35 мужчин трудоспособного возраста в восстановительном периоде инфаркта миокарда. Больные получали стандартную терапию без тромболизиса. Пациентам предлагался расширенный режим физической активности. Средний возраст пациентов составлял 52,3±2,6 года. Кроме нарушений ритма, оценивалась вариабельность сердечного ритма (ВСР) и наличие синдрома удлиненного QTc. Всем пациентам проводилось суточное мониторирование ЭКГ с анализом ВСР (аппарат «Кардиотехника -04-М» ИНКАРТ, Санкт-Петербург). Среди параметров ВСР определялись RRcp мс, SDNN, SDNN Ind, LF /HF. Пригодными для анализа признавались записи продолжительностью не менее 20 часов.

Результаты. При анализе структуры нарушений ритма сердца у пациентов, перенесших 3 месяца назад крупноочаговый инфаркт миокарда, выявлены следующие нарушения ритма сердца: желудочковая экстрасистолия 1-2 градации по Lown у 31 пациента (88,5%), желудочковая экстрасистолия 3-5 градации у 4 больных (11,5%), суправентрикулярная экстрасистолия у 14 человек (40%), пароксизмы фибрилляции предсердий у 2 человек (5,7%). Кроме того, у 12 пациентов зарегистрирован синдром удлиненного QTc (более 450 мсек). У 21 больного (60%) отмечалось снижение вариабельности сердечного ритма. Из них у 11 зарегистрирован ригидный циркадный профиль ЧСС в ночное время или в течение всего времени регистрации ЭКГ (циркадный индекс менее 1,2), что является признаком «вегетативной денервации» сердца. При оценке вариабельности сердечного ритма выявлены следующие изменения: RRcp 715,4±45,2мс; SDNN 63,1±12,4; SDNNInd 37,1±11,2; LF /HF1,7±1,2, свидетельствующие о гипертонусе симпатической нервной системы..

Выводы. У больных после перенесенного Q-инфаркта миокарда (через 3 месяца), получающих обычную (стандартную) те-

рапию, зарегистрированы значительные изменения электрической стабильности миокарда. У трети пациентов обнаружен синдром удлиненного интервала QTc и у 2/3 пациентов - снижена ВСР и выявлено преобладание тонуса симпатической нервной системы. Проведение Холтеровского мониторирования ЭКГ с оценкой вариабельности сердечного ритма в динамике является необходимым методом исследования для выявления факторов риска внезапной сердечной смерти и последующей своевременной их коррекцией.

0087 ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ

Барбараш О.Л., Азаров А.А., Тавлуева Е.В., Бернс С.А., Поликутина О.М., Сергеева Т.Ю., Каретникова В.Н.Моисеенков Г.В., Барбараш Л.С.
ГУ Научно-производственная проблемная лаборатория реконструктивной хирургии сердца и сосудов с клиникой СО РАМН, Кемерово, Россия

Цель: изучение прогноза после транслюминальной баллонной ангиопластики со стентированием у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемом сегмента ST с наличием и отсутствием сахарного диабета (СД) 2 типа.

Методы: В исследование включены 2 группы пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST: 1 - 80 пациентов с ИБС без СД, 2 - 26 пациентов с ИБС и СД. Критериями включения являлось выявление ОКС на основании клинических данных, регистрации ЭКГ, определение маркеров некроза миокарда - тропонина I и кардиоспецифичной фракции креатинфосфокиназы. Для устранения стенозов и острых окклюзий коронарных артерий во всех случаях в течение 1 часа после поступления пациентов в клинику (в среднем 35,6±15,7 мин) имплантации стентов предшествовала предиллатация поражения баллоном соответствующего референтному диаметру сосуда. При каждом случае экстренного стентирования достигалось полное восстановление инфаркт-зависимой артерии с остаточным стенозом не более 20%. Через 1 год после проведенного транслюминальной баллонной ангиопластики (ТЛБАП) со стентированием все пациенты были обследованы повторно, включающее в себя физикальное обследование, клинико-лабораторное обследование, регистрация ЭКГ, ЭхоКГ, велоэргометрия. Средний возраст больных составил в 1 группе 55,8±1,51 лет, во 2 группе 57,8±3,34 лет. Большинство пациентов 79 и 50% соответственно были мужского пола. Среди факторов риска наиболее часто встречались гипертоническая болезнь (ГБ) 59% и 92%, гиперхолестеринемия у 50% и 77% больных, курение 77% и 62%, соответственно. У 13 и 17% больных в анамнезе был перенесенный инфаркт миокарда.

Результаты: Восстановление просвета инфаркт – зависимой артерии достигнуто в 100% случаев. Степень поражения коронарных артерий, количество пораженных артерий преобладало у пациентов с СД 39,1±3,08 и 47,5±6,92, $p<0,05$, 1,75±0,13 и 2,15±0,26, $p<0,05$. Клиническими факторами, с помощью которых оценивалась эффективность ТЛБАП со стентированием в отдаленном периоде, являлись наличие или отсутствие приступов стенокардии, развитие повторного инфаркта миокарда, летальных исходов. Отсутствие стенокардии отмечали 50% и 26% ($p<0,05$) пациентов в сравниваемых группах. Прямой реваскуляризации были подвергнуты 17% и 8% пациентов в связи с прогрессированием стенокардии и множественным поражением коронарных артерий. У одного пациента с СД - кардиальная смерть вследствие развития инфаркт миокарда осложненного кардиогенным шоком. Клопидогрель 75 мг в сутки принимали 60% и 67% больных.

Выводы. У больных с ОКС и наличием СД 2 типа имеет место ряд неблагоприятных факторов: более частое сочетание ОКС с ГБ, дислипопротеидемией, и, соответственно, более высокая степень поражения коронарного русла. В течение года после перенесенного ИМ с использованием ТЛБАП пациенты с СД имеют более неблагоприятный прогноз, что требует использования более жесткой схемы вторичной профилактики у данной категории пациентов.

0088 ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ РЕГИСТРА «РЕКОРД» В КЕМЕРОВСКОМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ

*Барбараш О.Л. **, Зыков М.В. **, Чеснокова Л.Ю., Усольцева Е.Н. **, Беленькова Ю.А. *, Кашталап В.В. **, Якубик Г.Г., Шафранская К.С. **, Каретникова В.Н. **, Барбараш Л.С. **
МУЗ «Кемеровский кардиологический диспансер», Кемерово, Россия; *Научно-производственная лаборатория реконструктивной хирургии сердца и сосудов с клиникой СО РАМН, Кемерово, Россия; **ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия Росздрава, Кемерово, Россия

В ноябре 2007г начал работу первый российский регистр острого коронарного синдрома (ОКС). Кемеровский кардиологический диспансер (ККД) был включен в работу регистра. Острый коронарный синдром (ОКС) представляется актуальной проблемой в кардиологии, так как является причиной высокой смертности среди населения. Прогноз пациента с атеросклеротическим поражением любой локализации зависит и от вовлечения в атеросклеротический процесс нескольких сосудистых бассейнов. Однако отсутствует достоверная информация о частоте выявления, клинической и прогностической значимости мультифокального атеросклеротического поражения у пациентов с ОКС.

Материалы и методы исследования. Используя за основу текстовой вариант регистров РЕКОРД включали в настоящее исследование всех пациентов, поступающих в приемное отделение ККД с предварительных диагнозом ОКС с подъемом сегмента ST. Для оценки атеросклеротического поражения других бассейнов всем пациентам проводили ультразвуковое исследование сонных и бедренных артерий (УЗДМ).

Результаты и их обсуждение. Общее количество поступивших пациентов за ноябрь 2007г составило 90 человек, причем в большинстве случаев был выставлен диагноз ОКС с подъемом сегмента ST (64 пациентов). У 54 пациентов была выполнена коронарография, которая у 27 (50%) пациентов закончилась имплантацией металлических стентов, у 1 – интракоронарным тромболизисом и у 1-баллонной ангиопластикой. 13 пациентам реваскуляризация выполнялась системным тромболизисом. У 11 пациентов развился летальный исход, причем у 10 из них - ОКС с подъемом сегмента ST. Уровень общего холестерина при поступлении достоверно ни в одной из групп пациентов не отличался и составлял в среднем 5,6 ммоль/л. У 13 пациентов с подъемом сегмента ST по ЭКГ при поступлении в дальнейшем после реперфузионной терапии зубец Q не сформировался. В итоговый статистический анализ включили 64 больных с ОКС с элевацией ST, которым проводили и КГ, и ЦДС магистральных артерий. У всех обследованных, кроме 4-х пациентов, выявлено утолщение комплекса интима-медиа по УЗДМ экстракраниальных сосудов (от 1,1 до 1,5 мм по сонным артериям), причем только у 16 больных не выявлено стенотических поражений, а у 13 выявлен более 50% стеноз тех или иных бассейнов. 37 пациентам по причине многососудистого поражения коронарных артерий в дальнейшем предстоят плановые имплантации стентов или АКШ.

0089 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Барменкова А.В., Калев О.Ф., Табашникова С.В., Никольская Е.П., Филимонова Л.И., Куличкова Н.Н.
ГОУ ВПО «ЧелГМА Росздрава», Челябинск, Россия; ГМЛПУЗ «ЧОКБ», Диагностический центр, Челябинск, Россия

Сердечно-сосудистая патология является ведущей причиной смерти больных ревматоидным артритом (РА). При РА имеется большой спектр традиционных и нетрадиционных (специфических для РА) факторов, оказывающих влияние на структурно-функциональное состояние миокарда, в том числе ревматоидное воспаление, прием глюкокортикоидов (ГК).

Цель. Изучить особенности ремоделирования миокарда у женщин больных ревматоидным артритом с разными клинико-патогенетическими вариантами развития остеопороза.

Материалы и методы. Обследовано 68 женщин с достоверным диагнозом РА по критериям АРА, 1987г, средний возраст 47,4±10,8 лет. ЭхоКГ проводилась в двухмерном режиме на аппарате фирмы Hewlett-Paccard и описывалась по стандартному протоколу эхокардиографического исследования взрослых. Типы ремоделирования классифицировались по Devereux K.B., 1983г. В соответствии с предложенной нами классификацией остеопороза (ОП) при РА больные были разделены на группы: 19 лиц с изолированным воспалительным вариантом (только РА - 1 вариант), ср. возраст 37,6±9,4 лет, 20 женщин – с вариантом, сочетанным с глюкокортикоидным механизмом (РА+ГК - 2 вариант), ср. возраст 43,7±6,7 лет, 9 пациенток – с вариантом, сочетанным с постменопаузальным механизмом (РА+МП - 3 вариант), ср. возраст 53±5,2 лет и 20 больных с комбинированным вариантом (РА+ГК+МП - 4 вариант), ср. возраст 57,9±5,6 лет.

Результаты. У 46 женщин (67,6%) имелась нормальная геометрия левого желудочка (ЛЖ), у 8 (11,8%) – концентрическая гипертрофия ЛЖ, у 3 (4,4%) – эксцентрическая гипертрофия ЛЖ, у 11 (16,2%) – концентрическое ремоделирование ЛЖ. При разделении на варианты установлено, что при 1 варианте у 16 больных (84,2±9%) отмечена нормальная геометрия ЛЖ, у 2 (10,5±7%) – концентрическое ремоделирование ЛЖ и у 1 (5,3±5%) - концентрическая гипертрофия ЛЖ. Во второй группе нормальная геометрия ЛЖ установлена у 16 женщин (80%), у 3 (15±8%) - концентрическая гипертрофия ЛЖ, у 1 (5±5%) - концентрическое ремоделирование ЛЖ. При 3 варианте 5 больных (56±18%) имели нормальную геометрию ЛЖ, у 2 (22±14%) отмечено концентрическое ремоделирование ЛЖ, у 2 (22±14%) - эксцентрическая гипертрофия ЛЖ. У женщин с 4 вариантом нормальная геометрия установлена в 9 случаях (45±11%), у 6 лиц (30±10%) отмечено концентрическое ремоделирование ЛЖ, у 4 (20±9%) - концентрическая гипертрофия ЛЖ, у 1 (5±5%) - эксцентрическая гипертрофия ЛЖ.

Выводы. У 32,4% женщин с РА диагностированы патологические структурно-функциональные изменения ЛЖ, среди которых преобладали концентрическое ремоделирование и концентрическая гипертрофия ЛЖ. От изолированного воспалительного варианта ОП к комбинированному нарастает частота патологических структурно-функциональных изменений миокарда ЛЖ. Эксцентрическая гипертрофия ЛЖ встретилась только при 3 и 4 вариантах.

0090 10-ЛЕТНИЙ ФАТАЛЬНЫЙ РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Барменкова А.В., Калев О.Ф.
ГОУ ВПО «ЧелГМА Росздрава», Челябинск, Россия

Высокая заболеваемость и смертность больных ревматоидным артритом (РА) от кардиоваскулярных заболеваний обусловливает необходимость их раннего прогнозирования.

Цель. Провести сравнительный анализ показателей 10-летнего фатального риска сердечно-сосудистых заболеваний (SCORE) и электрокардиографических изменений у женщин больных ревматоидным артритом.

Материалы и методы. Обследовано 83 женщины с достоверным диагнозом РА по критериям АРА, 1987г, средний возраст 50,9±7,6 лет. У всех женщин оценивался SCORE и проводился типологический анализ электрокардиограмм (ЭКГ).

Результаты. SCORE <1% установлен у 51 женщины (61,4%), SCORE 1% - у 22 (26,5%), SCORE 2% – у 4 (4,8%), SCORE 3% у 2 (2,4%), SCORE 4% у 3 (3,6%), SCORE 6% у 1 (1,2%) женщина 67 лет. Нормальная ЭКГ описана у 22 пациенток (26,5%), изменения 1А степени (ст.) отмечены у 6 больных (7,2%), 2А ст. у 31 (37,3%), 2В ст. у 22 (26,5%), 3А ст. у 2 (2,4%).

В группе женщин, имеющих SCORE <1% 16 (31,4%) имели нормальную ЭКГ, 5 (9,8%) - изменения 1А ст., 18 (35,3%) – 2А ст., 11 (21,5%) - 2В ст. и 1 (2%)- 3А ст. В группе женщин со SCORE 1% у 4 (18,2%) отмечена нормальная ЭКГ, изменения 1А ст. у 1 (4,5%), 2А ст. у 8 (36,4%), 2В ст. у 8 (36,4%), 3А ст. у 1 (4,5%). Из 4 пациенток со SCORE 2% у 1 отмечена нормальная ЭКГ, у 1 изменения 2А ст. и у 2 - 2В ст.. Обе женщины со SCORE 3% имели на ЭКГ изменения 2А ст.. Из 3 больных со SCORE 4% 1 имела нормальную ЭКГ, 2 – изменения 2А ст.. 1 пациентка со SCORE 6% имела на ЭКГ изменения 2В ст.

Выводы. Ишемические изменения ЭКГ установлены 23,5% женщин с 10-летним фатальным риском сердечно-сосудистых заболеваний <1% и у 40,9% со SCORE 1%. Полученные данные свидетельствуют о необходимости разработки шкалы оценки фатального риска кардиоваскулярной патологии у женщин с РА с учетом как традиционных, так и специфических для РА факторов риска.

0091 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСОБЕННОСТЕЙ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Барсуков А.В., Багаева З.В., Васильева Л.А., Шустов С.Б.
Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия

Цель: оценить частоту встречаемости вариантов ишемической болезни сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных эссенциальной артериальной гипертензией (АГ) с концентрическим и эксцентрическим типами гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ).

Методы: обследован 1021 пациент с АГ II-III степени с наличием ультразвуковых признаков ГЛЖ (средний возраст 63,2±1,68 года, средняя продолжительность заболевания 11,66±0,54 лет). Пациенты были разделены на две группы: с концентрической ГЛЖ (относительная толщина стенок сердца (ОТС) >0,45) и эксцентрической ГЛЖ (ОТС<0,45). Больные с концентрической ГЛЖ составили 69% (705 человек), с эксцентрической ГЛЖ - 31% (316 человек). Проанализировали частоту встречаемости различных вариантов ИБС (стенокардия напряжения и постинфарктный кардиосклероз) и функциональных классов ХСН (NYHA) у обследованных лиц.

Результаты: Среди обследованных лиц те или иные варианты ИБС встречались в 54,94% случаев, а ХСН – 89%. В группе лиц с эксцентрической ГЛЖ синдром стенокардии напряжения низких функциональных классов (I и II) встречался значимо реже, чем у больных с концентрической ГЛЖ (38,24% и 40,5% соответственно, $p<0,05$), в то время как стенокардия напряжения высоких ФК (III и IV) встречалась значимо чаще (10,4% и 6,8% соответственно, $p<0,05$). Инфаркт миокарда в анамнезе также значимо чаще встречался среди лиц с эксцентрической ГЛЖ (27,8% и 18,3% соответственно, $p=0,0002$). При оценке функционального класса ХСН значимых различий между группами не получено (I и II ФК: лица с эксцентрической ГЛЖ – 72,5%, лица с концентрической ГЛЖ – 75,7 %, $p>0,05$; III и IV ФК: 15,32% и 13,6% соответственно, $p>0,05$).

Выводы: Среди пациентов пожилого возраста с АГ концентрическая ГЛЖ встречается достоверно чаще по сравнению с эксцентрической ГЛЖ. Больные с концентрической ГЛЖ по сравнению с лицами, имеющими эксцентрическую ГЛЖ, характеризуются достоверно более частой встречаемостью стенокардии напряжения низких функциональных классов. Среди пациентов с эксцентрической ГЛЖ значительно шире распространены формы ИБС, представленные высокими функциональными классами стенокардии и инфарктом миокарда в анамнезе. Распространенность ХСН среди пациентов с концентрической и эксцентрической ГЛЖ достоверно не различается.

0092 ФУНКЦИОНАЛЬНО-ГЕОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Барт Б.Я., Ларина В.Н.
ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, кафедра поликлинической терапии, Москва, Россия

Цель исследования: оценка функционально-геометрических показателей ЛЖ и их взаимоотношение с клинической картиной ХСН у пожилых больных, наблюдавшихся в поликлинике.

Материал и методы исследования: под наблюдением находилось 83 больных (51 М, 32 Ж) в возрасте от 60 до 85 лет (в среднем 70±6,8 лет), страдающих ХСН с различными ФК по NYHA (II–32, III–39, IV–12). Причиной ХСН у 11 больных была артериальная гипертония, у 72 - перенесенный ранее инфаркт миокарда с формированием у 25 (30%) аневризмы ЛЖ. Всем больным проводилось общепринятое клинико-лабораторное обследование, ЭКГ, допплер-ЭхоКГ, тест с 6-ти минутной ходьбой и оценка тяжести симптомов ХСН с помощью ШОКС (по Мареееву В.Ю.). Период наблюдения за больными составил 3,3±2,1 года.

Полученные результаты: при анализе исходных данных было отмечено, что сердечная недостаточность в пожилом возрасте чаще выявлялась у мужчин (n=51), чем у женщин (n=32). ХСН с систолической дисфункцией ЛЖ была зарегистрирована у 44 (53%) больных (ФВЛЖ от 25% до 48%), у 39 (47%) – ХСН с сохранённой систолической функцией ЛЖ (ФВЛЖ от 50% и выше). Продолжительность ХСН на момент поступления под наше наблюдение составила в среднем 2,1±1,3 года (от 0,5 до 6 лет). Сахарным диабетом 2 типа страдали 18 (21,7%) больных, из них - 12 женщин и 6 мужчин. Анемический синдром (уровень гемоглобина у мужчин <13 г/дл, у женщин<12 г/дл) был выявлен у 18 (21,7%) больных. У 5 больных имелась В12 дефицитная анемия и у 6 – фолиеводефицитная анемия. Ни один больной не получал лечение по поводу анемии. За 6 минут больные в среднем проходили дистанцию равную 294±106 метров. С помощью ЭхоКГ исследования были выявлены изменения функционально-геометрических параметров миокарда ЛЖ в виде небольшого увеличения левого предсердия (4,25±0,3 см), индекса объёма ЛП (37,3±18,4 см), конечно-диастолического давления ЛЖ (13,6±1,23 мм рт.ст), индекса сферичности ЛЖ (0,68±0,07). У больных наблюдались умеренные признаки вторичной лёгочной гипертензии (РсистЛА 32,4±7,3 мм рт.ст). За 3-х летний период наблюдения умерло 17 (20,5%). Причиной смерти у 14 больных были сердечно-сосудистые заболевания, у 3 – онкологические заболевания.

Заключение: сердечная недостаточность у 47% больных пожилого возраста проявлялась наличием у них сохранённой систолической функции ЛЖ и характеризовалась увеличением размеров и объёмов левого предсердия, умеренной вторичной лёгочной гипертензии. Патологический процесс, происходящий в ЛЖ при ХСН у пожилых больных, требует дальнейшего изучения.

0093 ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ТРАНСМИТРАЛЬНЫЙ ПОТОК КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Бартош Л.Ф., Бартош Ф.Л., Смирнова Т.П., Адонина Т.С., Адонина Л.А.
ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, Пенза, Россия; МУЗ городская клиническая больница №4. Пенза, Россия

Цель исследования - изучение взаимосвязи показателей диастолического трансмитрального потока крови (ДТПК) и числа сердечных сокращений (ЧСС) у больных ишемической болезнью сердца с фибрилляцией предсердий (ФП).

Обследовано 119 пациентов в возрасте от 49 до 78 лет (в среднем 58±9,9 лет). Для определения параметров внутрисердечной гемодинамики использован аппарат SIM 5000 D PLUS фирмы "Рос-Биомедика" (Россия-Италия) с допплеровской приставкой. Определялись интеграл линейной скорости кровотока (FVI), его максимальная (VMAX) и средняя (VMN) скорость, максимальный (GMAX) и средний (GMN) градиент давления между левыми камерами сердца, время полуспада градиента давления между левыми камерами сердца (РНТ) и продолжительность трансмитрального кровотока (ТЕ).

У больных ФП выявлена чёткая зависимость FVI, РНТ и ТЕ от частоты сердечных сокращений. Так, FVI при ЧСС менее 60 в минуту составил 0,122±0,084 м., у больных с ЧСС от 60 до 90 в минуту - 0,074±0,012 м, а при ЧСС более 90 - 0,064±0,014 м. По мере возрастания ЧСС закономерно уменьшалась продолжительность ТЕ от 0,355±0,18 с у больных с ЧСС менее 60 в минуту до 0,176±0,027 с у больных с ЧСС более 90 в минуту и РНТ от 0,061±0,018 с до 0,042±0,012 с - соответственно. Все различия статистически значимы. GMAX, GMN, VMAX и VMN практически не зависят от ЧСС. Действительно, в группе больных со средним ЧСС до 60 ударов в минуту Ve составила 0,72±0,26 м*с-1, при ЧСС от 60 до 90 в минуту – 0,66±0,11 м*с-1, а в группе с ЧСС более 90 – 0,65±0,13 м*с-1 (p>0,05).

Выявленные изменения средних величин диастолического трансмитрального потока крови в зависимости от числа сердечных сокращений подтверждаются и данными корреляционного анализа между показателями ДТПК и ЧСС. Так, коэффициент корреляции между ЧСС и РНТ составил – 0,46 (p<0,0001), а между Ve и ЧСС – 0,09 (p=0,25).

С помощью регрессионного анализа установлена зависимость показателей ДТПК от средней частоты сердечного ритма. Подставляя значение ЧСС в полученные уравнения линейной регрессии (FVI=0,104-0,000373*ЧСС и РНТ=0,0584-0,0001568*ЧСС) можно определить величину этих показателей в каждом конкретном случае. Коэффициент корреляции между величиной показателей ДТПК, определённой по уравнению регрессии и с помощью аппарата, составил для FVI 0,67(p<0,0001) и для РНТ 0,71(p<0,0001).

У больных ишемической болезнью сердца с фибрилляцией предсердий величина показателей FVI, РНТ и ТЕ, характеризующих диастолическую функцию миокарда, зависит от ЧСС, что влияет на выбор препаратов при лечении данной категории больных и позволяет оценить конечное диастолическое давление в левом желудочке при изменении ЧСС под влиянием проводимой терапии.

0094 АНАЛИЗ ЭКТОПИЧЕСКОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АКТИВНОСТИ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОРОНАРОАНГИОГРАФИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ИБС

Барышникова И.Н.
ГОУ ВПО «Челябинская Государственная Медицинская Академия», Челябинск, Россия

Цель исследования: Выявить зависимость между степенью и протяженностью атеросклеротического поражения коронарных артерий (КА) и тяжестью и частотой, по данным суточного мониторирования ЭКГ, эктопической желудочковой активности сердца (ЭЖАС).

Материалы и методы: Обследовано 103 мужчины, страдающих ИБС, в возрасте 35-64 лет. (Средний возраст=52±8,3 года). Всем больным было выполнено полное клиническое обследование (ЭКГ, эхокардиография, суточное ЭКГ мониторирование, коронароангиография (КАГ)).

Результаты: По данным суточного ЭКГ мониторирования у всех больных зарегистрирован преобладающий синусовый ритм с тенденцией к тахикардии в 85 случаях (82%). Средняя ЧСС днем =89,3 ± 8,1 уд/минуту днем и 68,2±6,4 уд/минуту ночью. Были зарегистрированы следующие типы аритмий: в 100 случаях (97%) наблюдалась суправентрикулярная экстрасистолия (СВЭС); в 6 случаях (5,8%) – пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия (СВТ); в 8 случаях (7,7%) наблюдались неустойчивые эпизоды фибрилляции предсердий (ФП); у 85 человек (82%) –желудочковая экстрасистолия (ЖЭС), из них у 54 пациентов (63,5%) наблюдалась ЖЭС высоких градаций (III – V), а у 13 пациентов (12,6%) зарегистрированы пароксизмы неустойчивой желудочковой тахикардии (ПЖТ). У 5 пациентов с хронической аневризмой сердца во всех случаях зарегистрирована ЖЭС высоких градаций и в 3

случаях - ПЖТ. По результатам КАГ в 53 (51,4%) случаях выявлено поражение ПКА. Поражение ПМЖА - в 27 (26,2%) случаях. Ствол ЛКА – 4 случая (3,8%); ОВ ЛКА – 23 (22,3%). По количеству пораженных артерий: 1 – сосудистое – 55 чел (53,4%), 2 – сосудистое – 29 чел (28%), 3 – сосудистое – 19 чел. (18,4%). Методом корреляционного анализа установлено, что степень стенозов КА не коррелирует с выраженностью ЖЭС. Достоверно выше градация и частота регистрации ЖЭС наблюдалась при правом типе кровоснабжения миокарда при большей протяженности стенозов (С – типе) ПКА и локализацией стеноза в проксимальной и средней трети (p<0,04). При сбалансированном и левом типе кровоснабжения миокарда частота регистрации ЖЭС коррелировала с проксимальным поражением ПМЖА и протяженностью стенозов (В - и С - тип). В 48 случаях (46,6%) выявлено многососудистое поражение КА – во всех случаях выявлялись сочетанные нарушения ритма (ФП, СВЭС, СВТ и ЖЭС). Методом корреляционного анализа выявлена зависимость между частотой регистрации ЖЭС и локализацией поражения КА (средняя и проксимальная трети), и протяженностью стенозов (С и В типы). Во всех случаях (100%), наблюдалась депрессия сегмента ST 1-4 мм, но четкой корреляции между уровнем ишемии и ЭЖАС не было получено.

Выводы: У больных с поражениями ПКА и ПМЖА в проксимальной и средней трети достоверно чаще регистрируются желудочковые нарушения ритма, выявлена прямая зависимость градации ЖЭС от протяженности стенозов КА (С и В типы). Хроническая аневризма сердца и многососудистое поражение КА также являются факторами электрической неоднородности миокарда и способствуют возникновению ЭЖАС.

0095 ЭТАПНОСТЬ НАРУШЕНИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ РАЗВИТИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И АТЕРОСКЛЕРОЗА

Баталова А.А., Ховаева Я.Б., Берг М.Д., Агафонова Т.Ю.
ГОУ ВПО ПГМА им.ак. Е.А. Вагнера Росздрава, Пермь, Россия

В последние годы появилось более ясное понимание того факта, что гипертоническая болезнь (ГБ) сопровождается поражением микроциркуляторного русла, и именно это может представлять важную патофизиологическую проблему и являться терапевтической мишенью.

Цель исследования: оценить функцию эндотелиального релаксирующего механизма региональных сосудов сопротивления по мере повышения артериального давления и развития атеросклероза.

Обследовано 119 человек (средний возраст 46,2±0,8 г.). Все обследованные разделены на 4 группы, различающихся по уровню АД и наличию признаков атеросклероза. I группа (30 чел.) - практически здоровые лица. II группа (40 чел.) – лица с ГБ I - II стадии без признаков атеросклероза сосудов. III группа (25 чел.) – пациенты с ГБ в сочетании с начальными признаками атеросклероза в сосудах: утолщение комплекса интима-медиа при ультразвуковом исследовании сосудов. Группа IV (24 чел.) – пациенты с ГБ в сочетании с атеросклерозом, у которых при ультразвуковом исследовании в различных сосудистых бассейнах выявлены гемодинамически незначимые атеросклеротические бляшки. При включении в исследование лицам всех групп проводилось общеклиническое исследование, триплексное исследование сосудов на аппарате ALOCA 5000 (Япония) и окклюзионная плетизмография на приборе “FluvoschrIft forte» (Германия) в средней трети предплечья и голени. Плетизмография проводилась в покое, а также при функциональной пробе с реактивной гиперемией после 2-минутной окклюзии артерий. О функции эндотелиального механизма судили по снижению суммарной величины прироста радиуса прекапиллярных сосудов сопротивления (Δr), приросту радиуса прекапиллярных сосудов на 1 мм рт. ст. (Δr/Hg) после пробы с реактивной гиперемией.

Суммарный прирост радиуса прекапиллярных сосудов сопротивления после пробы с реактивной гиперемией составил в регионе предплечья в гр. I – 65,6±3,2, в гр.II – 62,5±2,6 (p I-II<0,44), в гр. III - 56,1±6,8 (p I-III<0,12) ,в гр. IV - 53,9±4,1% (p I-IV<0,22); в регионе голени в гр. I - 74,7±6,4, в гр. II - 66,3±5,6 (p I-II<0,66), в гр. III - 60,2±6,2 (p I-III<0,05), в гр. - IV - 48,8±6,5% (p I-IV< 0,05) . Наиболее точный показатель эндотелиальной функции - прирост радиуса прекапиллярных сосудов на 1 мм рт. ст. (Δ r/Hg). Δ r/Hg в регионе предплечья в гр. I – 0,73±0,03, в гр.II –0,64±0,02(p I-II<0,05), в гр. III - 0,56±0,05 (p I-III<0,01), в гр. IV-0,54±0,04% /мм рт.ст (p I-IV<0,008). В регионе голени - в гр. I – 0,83±0,07, в гр.II –0,78±0,06 (p I-II<0,63), в гр. III -0,61±0,07 (p I-III<0,05), в гр. IV -0,58±0,08 % /мм рт.ст (p I-IV<0,008).

По нашим данным нарушение эндотелиальной релаксирующей функции развивается сначала в регионе предплечья, при появлении начальных признаков атеросклероза снижение эндотелиальной релаксирующей функции более выражено, носит распространенный характер: страдает как регион предплечья, так и регион голени (p<0,05). По мере развития атеросклероза, появлении атеросклеротических бляшек в сосудах степень снижения релаксирующей функции эндотелия увеличивается (p<0,008).

0096 МНОГОФАКТОРНЫЙ КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ ОПЕРАТОРСКИХ ПРОФЕССИЙ

Батищева Г.А., Чернов Ю.Н.
Воронежская государственная медицинская академия им Н.Н.Бурденко, кафедра клинической фармакологии с курсом ФПК и ППС, Воронеж, Россия

Среди работников железнодорожного транспорта машинисты, помощники машинистов и диспетчеры в наибольшей степени подвержены психоэмоциональному напряжению, что приводит к нарушению процессов адаптации и частому развитию сердечно-сосудистой патологии.

Цель настоящего исследования – проведение гипотензивной терапии у лиц, связанных с движением поездов, с использованием препаратов различных фармакологических групп с последующей комплексной оценкой эффективности и безопасности проводимого лечения.

Материал и методы: в группу обследования вошли лица, связанные с движением поездов (диспетчеры, машинисты, помощники, проводники), с признаками АГ I-II ст. по результатам скринингового обследования на рабочем месте, до начала смены. Программа обследования включала определение тонуса периферических сосудов на компьютерном комплексе АЦПКО-8-РИЦ, регистрацию вариабельности сердечного ритма с последующей оценкой состояния регуляторных систем, контроль психофизиологических показателей с помощью компьютерного комплекса «Селект-М» (определение скорости простой (ПДР) и сложной двигательной реакции (СДР), реакции на движущийся объект (РДО)). Функциональные методы обследования включали проведение велоэргометрического исследования (ВЭМ) с определением коэффициента физической работоспособности (КФР). Для коррекции АГ использовались эналаприл (n= 35), амлодипин (n=24), лизиноприл (n=36) в монотерапии. Фармакотерапия проводилась в амбулаторных условиях без отрыва от основной производственной деятельности

Результаты: контроль фармакотерапии через 2 недели и 4 недели с оценкой показателей центральной и периферической гемодинамики показал снижение АД до целевого уровня <140/90 мм рт.ст. у 92% работников локомотивных бригад. По результатам исследования вариабельности сердечного ритма выявлено уменьшение напряженности регуляторных систем, сопровождавшееся повышением показателя SDNN на 48-87% (p<0,05), мощности спектра TP*1000 в 1,6-2,8 раза (p<0,01). По данным ВЭМ установлено увеличение мощности пороговой нагрузки на 12% при достоверном увеличении продолжительности выполнения нагрузочного теста с 15±0,1 мин до 17±0,1 мин (p<0,05). Контроль психофизиологических показателей существенных изменений на фоне приема гипотензивных препаратов не выявил.

Выводы: проводимая фармакотерапия АГ у работников железнодорожного транспорта препаратами эналаприл, лизиноприл, амлодипин позволила осуществить коррекцию уровня АД у большинства обследованных с отсутствием отрицательного вли-

яния на профессионально значимые психофизиологические функции.

0097 ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Батурина М.В.
Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Цель: оценить половые особенности антропометрических параметров, функции эндотелия, показателей АД (как офисного, так и по результатам СМАД), уровней кортизола, а также их возможные взаимосвязи в общей популяции лиц молодого возраста.

Материалы и методы: обследовано 115 человек (женщин–75, мужчин-45, средний возраст 20,3±0,32). Всем обследуемым было проведено анкетирование, антропометрия; измерение АД по методу Короткова, суточное мониторирование артериального давления (МнСДП–01, г.Волгоград), определение содержания кортизола в крови. Количество десквамированных эндотелиоцитов в крови определяли по методу J.Hladovec (1978) с последующим проведением манжеточной пробы и повторным определением циркулирующих эндотелиальных клеток (ЦЭК).

Результаты: у юношей количество ЦЭК (*104/л) до манжеточной пробы составило 5,3±0,69, а после – 7,9±1,2, у девушек - 3±0,32 и 5,2±0,6. У юношей уровень кортизола в сыворотке крови в утренние часы составил 597,9±26,6, у девушек – 512,3±23,9. Средние значения офисного АД у юношей составили для САД 137,3±4,4, для ДАД 85,1±4,5, в то время как у девушек 118,4±1,9 ($p<0,05$) и 79,1±2,7 ($p>0,05$) соответственно. Среднесуточное САД у юношей составило 121,4±2,2, у девушек 109,4±0,99 ($p<0,05$); среднесуточное ДАД - у юношей 74,0±1,95, у девушек 68,5±0,96 ($p<0,05$). ИМТ у юношей составил 23,26±0,51, у девушек – 20,9±0,34. При сравнении показателей утренних максимумов САД и ДАД со среднесуточными максимальными значениями оказалось, что максимальное САД в утренние часы имеют 62,5% юношей и только 32,6% девушек, но, в то же время, максимальное ДАД в утренние часы обнаружено у 43,7% юношей и 45,1% девушек. Отмечено наличие сильной корреляционной связи между 24-часовой амплитудой САД и количеством десквамированных эндотелиоцитов до ($r=0,75$) и после ($r=0,78$) манжеточной пробы. Аналогично присутствует сильная корреляционная связь между 24-часовой амплитудой ДАД и количеством ЦЭК до ($r=0,71$) и после ($r=0,69$) манжеточной пробы. Интересно наличие сильной отрицательной корреляционной связи между значением веса при рождении и количеством десквамированных эндотелиоцитов ($r=-0,88$) у юношей, у девушек подобной зависимости не выявлено. Однако у девушек присутствует отрицательная корреляционная связь между значением утреннего максимума САД и количеством циркулирующих эндотелиальных клеток ($r=-0,32$). Интересно отметить наличие корреляции между количеством ЦЭК и показателями нагрузки пониженным давлением, в частности нормированными индексами площади САД ($r=0,46$) и ДАД ($r=0,51$). У девушек количество ЦЭК коррелирует с показателем вариабельности САД ($r=0,34$), у юношей выявляется подобная корреляционная связь с показателем вариабельности ДАД ($r=0,64$).

Вывод: выявленные различия, а также зависимость корреляционных связей между рассмотренными параметрами от пола, требуют дифференцированного подхода при оценке факторов сердечно-сосудистого риска у молодых и формировании нормативов молодежного здоровья.

0098 МОЛЕКУЛЯРНО-КЛЕТОЧНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Бахметьева О. С.
ГОУ ВПО КрасГМА Росздрава, Красноярск, Россия

Цель: определение экспрессии и активности CD38/АДФ-рибозилциклазы нейтрофилов как маркера эндотелиальной дисфункции (ЭД) у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) и изучение модуляции экспрессии и активности CD38/АДФ-рибозилциклазы нейтрофилов периферической крови при введении наркотических анальгетиков, тромболитических препаратов и ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) больным ОИМ.

Методы: проведено обследование пациентов обоего пола в возрасте от 40 до 65 лет с ОИМ на фоне гипертонической болезни. Группа 1 – больные острым инфарктом миокарда с гипертонической болезнью в анамнезе получавшие ИАПФ эналаприл (n=14). Группа 2 – больные ОИМ, в клинике которых доминировал выраженный болевой синдром, купированный введением наркотического анальгетика (n=10). Группа 3 – больные ОИМ, получавшие терапию стрептокиназой (n=15). Группу контроля (n=30) составили пациенты, 10 женщин и 20 мужчин, соответствующего возрастно-полового состава, без сердечно-сосудистой патологии. Экспрессию CD38 на нейтрофилах периферической крови определяли иммуноцитохимическим методом, путем инкубации фиксированного препарата, содержащего 100 мкл суспензии нейтрофилов в концентрации 1x106 клеток/мл, с моноклональными FITC-мечеными антителами (antI-CD38, Caltag, США). Активность АДФ-рибозилциклазы оценивалась методом флуориметрического анализа основанного на измерении флуоресценции продукта каталитической конверсии никотинамидгуаниндинуклеотида по стандартному протоколу.

Результаты: Нами получена высокая экспрессия CD38+ нейтрофилов в периферической крови у больных на первые сутки развития ОИМ в сравнении с контролем ($p<0,05$) и отмечалась выраженная динамика уменьшения содержания CD38+ нейтрофилов в периферической крови к 14 суткам госпитализации в каждой группе больных ($p<0,05$), при том, что на фоне различной фармакологической терапии, достоверных различий к четырнадцатым суткам экспрессия CD38+ нейтрофилами периферической крови между группами, получено не было. В ходе ферментативного анализа Интересным является тот факт, что введения наркотических анальгетиков и тромболитических препаратов оказывает не только уменьшение активности АДФ-рибозилциклазы, но и вызывает смещения пика максимальной активности. Кроме того, учитывая динамику содержания слущенных эндотелиоцитов в периферической крови с целью оценки эндотелиальной дисфункции, ведение пациентов в условиях стационара различными фармакологическими подходами, существенных различий между подгруппами не получено.

Выводы: Мы предполагаем, что развитие эндотелиальной дисфункции при остром инфаркте миокарда обусловлено увеличением экспрессии молекул клеточной адгезии на нейтрофилах периферической крови. В процессе стационарного лечения и корректировки уровня артериального давления отмечается тенденция к снижению маркеров ЭД, что подтверждает возможность медикаментозной коррекции эндотелиальной дисфункции.

0099 ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ ОРГАНИЗОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ

Бахшалиев А.Б., Кочарли М.Б., Маилова Н.М., Тагиева З.З., Ширинова Т.Д., Касумов З. И., Гулиева А.Т., Алекер-заде С.С.
НИИ Кардиологии, Баку, Азербайджан

В многоцентровых эпидемиологических исследованиях последних лет по артериальной гипертонии особое внимание уделяется изучению факторов риска (ФР), совокупность которых у конкретного больного во многом определяет прогноз заболевания. Выявление лиц с ФР, формирование групп риска, динамическое наблюдение за ними и активное проведение многофакторной профилактики на рабочем месте явилось целью нашего исследования. Всего было обследовано 560 сотрудников одного из университетов, в возрасте от 25 до 75 лет. Из них АГ была выявлена у 224 (40%) человек. При этом 38% лиц с повышенным АД

впервые узнали о наличии у них АГ и лишь 50% больных АГ получали адекватную гипотензивную терапию.

В комплексный опросник по изучению ФР, составленный нами, вошли как неустранимые ФР, такие, как: мужской пол, менопауза, семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний, определенное социально-экономическое положение, так и устранимые: курение, злоупотребление алкоголем, применение жиров животного происхождения, избыточная масса тела, повышенное потребление поваренной соли, низкая физическая активность. Было сформировано 4 группы больных АГ по наличию у них 2, 3, 4 и более ФР. Все больные были взяты под наблюдение для проведения необходимых клинико-лабораторных исследований. Были даны конкретные рекомендации по организации здорового образа жизни. Особое внимание при этом уделялось немедикаментозной коррекции устранимых ФР. В результате двухлетнего контроля в группе наблюдения удалось добиться снижения АД до целевого уровня у 60% больных АГ I-II степени.

0100 ОПТИМАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИБС У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Бегдамирова А.А., Бахшалиев А.Б.
Кафедра клинической фармакологии, Азербайджанский Медицинский Университет, Баку, Азербайджан

Сахарный диабет (СД) является медико-социальной проблемой, так как приводит к ранней инвалидизации и высокой летальности, которая обусловлена сосудистыми осложнениями. Доказано, что у пациентов с СД риск развития сердечно-сосудистых заболеваний значительно выше, чем у пациентов без диабета. Оптимальная терапия пациентов с ИБС и СД требует многофакторного подхода для предотвращения макро и микрососудистых осложнений.

Цель исследования - определить влияние длительной терапии нормодипином (Н) на липидный и углеводный профиль больных стенокардией напряжения (СН), сочетанной с II типом СД, в стадии компенсации.

Методы исследования: Обследовано 35 мужчин, в возрасте с 40-60 лет (в среднем 51,7 год). Изучалось клиническое состояние больных, определяли уровень липидного спектра, глюкозы в крови натощак, через 1-2 часа после завтрака. Исследования проводились до и через 2 недели, 1,2,3 месяца лечения Н в дозе 5-10 мг/сут. Лечение СД проводилось глюковансом 5 мг/сут за 2 недели до Н и на протяжении всего исследования.

Результаты: Выделены больные в зависимости от клинического течения СН. Больные с типичной клиникой СН составили 42%, атипичной 55%.Показатели липидного профиля были характерными для пациентов с СД : низкий уровень холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), повышенный уровень триглицеридов, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП). На ранних этапах контроля в целом по группе выраженных метаболических сдвигов не обнаружено. Только к 3 месяцам терапии выявлено достоверное увеличении ХС ЛПВП с 0,8ммоль/л до 1,2 ммоль/л (P<0,05) и снижение коэффициента атерогенности (КА) с 4,02±0,2 до 3,2±0,12 (P<0,01).Выявлено достоверное увеличение ХС ЛПВП в группе с атипичной клиникой СН с 2 месяцев терапии. По данным исследования гликемии сохранялась компенсация гипергликемии в течение всего исследования.

Заключение. У больных СН, сочетающейся с II типом СД, Н оказывает положительное влияние на липидный спектр крови (повышение антиатерогенной фракции ЛПВП и снижение КА), оказывая негативное влияние на уровень глюкозы крови. Поэтому профиль переносимости и безопасности нормодипина оптимально подходит для пациентов с ИБС и СД.

0101 СОДЕРЖАНИЕ ЭНДОТЕЛИНА-1 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ II–III ФК НА ФОНЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Безгин А.В., Князева Л.А., Князева Л.И.
Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Курский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Кафедра внутренних болезней №1, Курск, Россия

Накопленные к настоящему времени данные позволяют утверждать, что высокая сердечно-сосудистая смертность при ревматоидном артрите (РА) обусловлена ускоренным прогрессированием атеросклероза и как следствие – развитием ишемической болезни сердца (ИБС). Изучено множество факторов риска развития и прогрессирования атеросклероза, однако пока не удалось полностью объяснить, что является первопричиной и основным пусковым механизмом сердечно-сосудистых осложнений. В последнее время обсуждается роль эндотелиальной дисфункции (ЭД) как наиболее раннего механизма формирования ИБС. Содержание эндотелина-1 (ЭТ-1) рассматривается в качестве одного из ведущих маркеров ЭД.

Материалы и методы. Обследовано 72 больных стабильной стенокардией напряжения II-III ФК на фоне РА II ст., II-III ст. активности суставной формы длительностью 1–5 лет; из них 49 женщин и 23 мужчины. Средний возраст больных составил 53,1±2,5 лет. Группа сравнения была представлена 23 больными РА без стабильной стенокардии напряжения II-III ФК, группа контроля включала 20 здоровых доноров. Уровень эндотелина-1 (ЭТ-1) в сыворотке крови обследованных больных определяли иммуноферментным методом (Amershan, США). Данные подвергнуты стандартной статистической обработке с использованием прикладных программ MIcrosoft Excel WIndows XP.

Результаты и обсуждение. Исследования показали повышение уровня ЭТ-1 в сыворотке крови больных РА в сравнении с контрольной группой. У больных ИБС: стабильной стенокардией напряжения II-III ФК на фоне РА данный показатель был достоверно выше в сравнении с больными РА без ИБС. При оценке данного показателя у больных ИБС при различной длительности РА установлено повышение ЭТ-1 в сыворотке крови больных с увеличением длительности течения РА, наибольшая его концентрация определена в группе больных с анамнезом РА свыше 5 лет. Т.о., проведенные исследования показали увеличение при ИБС на фоне РА сывороточного уровня ЭТ-1, являющегося одним из маркеров функционального состояния эндотелия сосудистого русла, что свидетельствует о значимости эндотелиальной дисфункции в развитии сердечно-сосудистых осложнений при РА.

0102 ВЛИЯНИЕ СИМВАСТАТИНА (ВАЗИЛИПА) И 2-ЭТИЛ-6-МЕТИЛ-3-ГИДРОКСИПИРИДИНА СУКЦИНАТА (МЕКСИДОЛА) НА АКТИВНОСТЬ АТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ЦЕРУЛОПЛАЗМИН/ТРАНСФЕРРИН ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Белая О.Л.[1], Артамошина Н.Е., Байдер Л.М.[2], Куроптева З.В.[2]
МГМСУ[1], Москва, Россия; ФГУ «Поликлиника № 5» УДПРФ, ИБХФ РАН[2], Москва, Россия

Цель работы: изучить влияние симвастатина (вазилипа фирмы КРКА, Словения) и симвастатина в сочетании с мексидолом («Фармасофт», Россия) на процессы ПОЛ и активность антиоксидантной системы (АОС) церулоплазмин/трансферрин (ЦП/ТФ) в плазме крови больных ИБС: постинфарктным кардиосклерозом с дислипидемией (ДЛП).

Материалы и методы: 60 больных ИБС и ДЛП IIа и IIб типа с перенесенным более 6 месяцев назад инфарктом миокарда, получавших традиционную кардиальную терапию, разделено на 3 группы в зависимости от проводимого лечения. 20 больных ИБС (средний возраст 58,6±3,6 лет) получали симвастатин в суточной дозе 20 мг (I группа). 20 больных ИБС (средний возраст 57,6±3,2 лет) получали симвастатин в суточной дозе 20 мг и мексидол в суточной дозе 0,375 мг (II группа). 20 больных ИБС

(средний возраст 55,2±6,2 лет), получавших только традиционную кардиальную терапию, составили группу сравнения (III группа). Длительность наблюдения 6 месяцев. В процессе лечения проводили клиническое, инструментальное и биохимическое исследование: ЭКГ, эхокардиографию, ультразвуковое исследование экстракраниальных сосудов. Общепринятыми методами определяли уровень ОХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, первичные и вторичные продукты ПОЛ, методом электронного парамагнитного резонанса (ЭПР) амплитуду сигнала церулоплазмина и трансферрина в плазме крови.

Результаты: у больных I группы содержание ХС ЛПНП снизилось на 18%, во II группе на 25%, в группе сравнения достоверно не изменилось. При этом на фоне лечения вазилипом наблюдалась интенсификация процессов ПОЛ: уровень первичных продуктов повысился на 25%, вторичных – на 22%. В группе больных, получавших мексидол и вазилип, наоборот, содержание первичных и вторичных продуктов ПОЛ достоверно снизилось на 27% в обоих случаях. Активность АОС ЦП/ТФ в плазме крови у больных I группы снизилась на 10%, во II группе – повысилась на 18%. В группе сравнения достоверного изменения процессов ПОЛ не отмечено, активность АОС ЦП/ТФ снизилась на 3%. У больных, получавших вазилип, отмечались побочные реакции в виде диспептических явлений (у 7 больных) и повышения печеночных трансаминаз в 2-2,5 раза (у 8 больных). В группе больных, получавших мексидол в комплексной терапии, диспептические явления встречались у 3 человек, повышения печеночных трансаминаз в 2 раза также у 3 пациентов.

Выводы: применение мексидола в комплексной терапии больных ИБС: постинфарктным кардиосклерозом с ДЛП, получающих симвастатин (вазилип), способствует уменьшению проявлений оксидативного стресса и повышению активности находящейся на первой линии антиоксидантной защиты АОС ЦП/ТФ.

0103 СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КАРВЕДИЛОЛА И БИСОПРОЛОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Беленкова С.В., Стаценко М.Е., Спорова О.Е.
Волгоградский государственный медицинский университет, кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического факультетов, МУЗ ГКБ № 3, Волгоград, Россия

Цель исследования - сравнить клиническую эффективность применения карведилола и бисопролола в базисной терапии хронической сердечной недостаточности (ХСН) у пациентов, страдающих сахарным диабетом (СД) 2-го типа в постинфарктном периоде.

Методы: В исследование включено 60 пациентов в возрасте 45-70 лет с ХСН (I-III функциональный класс (ФК) по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA)) и СД типа 2 на 3-4 неделе от начала инфаркта миокарда. Все пациенты были рандомизированы на 2 группы: 1-я - основная группа (30 человек) в качестве препаратов базисной терапии ХСН принимала карведилол, эналаприл, статины, аспирин и, при необходимости, диуретики и нитраты; во 2-й – контрольной группе (n=30) карведилол был заменен на бисопролол. В качестве сахароснижающей терапии больные получали гликлазид±метформин. Дозы препаратов в обеих группах статистически не различались. Период наблюдения 16 недель. Исходно и в конце лечения проводилось клиническое обследование, оценивалось качество жизни (КЖ) с применением Миннесотского опросника, определялись дистанция 6-минутной ходьбы (ТШХ) и ФК ХСН, выполнялась эхокардиография. В динамике оценивали ряд метаболических показателей, отражающих состояние углеводного и липидного обменов.

Результаты: в обеих группах отмечалось достоверное уменьшение ФК ХСН, более выраженное в 1-й (-18% vs -14%, $p<0,05$). Толерантность к физической нагрузке по данным ТШХ достоверно увеличилась на 22% ($p<0,05$) и 18% ($p<0,05$) соответственно в 1-й и во 2-й группах. КЖ пациентов к концу наблюдения во 2-й группе повысилось на 10%, а в 1-й группе – на 23%. Прием карведилола сопровождался более благоприятной динамикой основных структурно-функциональных параметров сердца. В обеих группах по окончании курса терапии отмечалось постепенное восстановление сократительной способности миокарда, однако лучшая динамика наблюдалась у больных, получавших карведилол: ФВ в 1-й группе увеличилась на 12% ($p<0,05$), во 2-й – на 7% ($p<0,05$). Терапия карведилолом и бисопрололом сопровождалась улучшением диастолической функции сердца. Так, показатель изоволюмического расслабления (IVRT) в конце исследования во1-й группе уменьшился на 2,3% и на 1,6% во 2-й. Применение карведилола и бисопролола не сопровождалось статистически значимыми изменениями уровня глюкозы крови натощак, ПГ, а также уровня HbA1c. В результате исследования выявлено благоприятное влияние карведилола на состояние липидного обмена. Отмечено достоверное уменьшение уровня ТГ крови у пациентов основной группы на 22% ($p<0,05$), выявлена благоприятная тенденция к снижению уровня ЛПНП в группе больных, получавших карведилол (-12,5% vs -7,2%).

Выводы: применение карведилола при лечении ХСН у больных СД 2-го типа благоприятно влияет на клинико-гемодинамические показатели, качество жизни, показатели липидного и не сопровождается ухудшением углеводного обмена.

0104 СОСТОЯНИЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В СВЯЗИ С ПРОГРЕССИРОВАНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Белоусова М.С., Починка И.Г., Стронгин Л.Г.
ГОУ ВПО НижГМА Росздрава, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования: оценить состояние углеводного обмена у больных сахарным диабетом 2 типа (СД 2), госпитализированных по поводу прогрессирования хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Объект обследования и методы: в исследование включено 40 больных ХСН и СД 2, госпитализированных в кардиологическое отделение в связи с прогрессированием ХСН, в возрасте от 42 до 74 лет. Из них 26 больных имели I и II ФК ХСН, 13 больных – III ФК, 3 больных - IV ФК. Стаж СД 2 от впервые выявленного до 25 лет.

Больные исходно получали пероральные сахароснижающие препараты (производные сульфонилмочевины, метформин), инсулины и их комбинации. У всех пациентов оценивалось состояние компенсации углеводного обмена, оцениваемого по уровню гликозилированного гемоглобина (HbA1c) и гликемии крови в течение суток в стандартных 8 точках; 7 больным проводилось суточное мониторирование глюкозы в течение 3-х суток с использованием системы постоянного мониторирования глюкозы CGMS аппаратом CGMS System Gold фирмы MedtronIc MInImed, США. В стационаре проведено обучение больных методам самоконтроля; все больные обеспечены портативными глюкометрами «Акку-чек Гоу» с необходимым количеством тест-полосок для адекватного контроля гликемии в течение суток.

Результаты: медиана и интерквартельный интервал среднего уровня гликемии при поступлении составили соответственно 9,4 (7,7-11,7), что свидетельствует о состоянии декомпенсации углеводного обмена на момент госпитализации. У 39 больных (98%) HbA1c больше 7,0%, медиана и интерквартельный интервал HbA1c составили соответственно 9,3% (8,1-10,5), что свидетельствует о состоянии хронической декомпенсации углеводного обмена на протяжении последних 12 недель.

Проведение ежедневного самоконтроля гликемии позволило выявить существенные колебания показателей суточной гликемии от 24,0 до 2,9 ммоль/л. При проведении мониторирования методом CGMS у двоих больных были выявлены эпизоды гипогликемии, приходящиеся на пики действия пероральных сахароснижающих препаратов и инсулина, эпизоды длительной ночной бессимптомной гипогликемии.

Выводы: больные СД 2, госпитализированные в связи с прогрессированием ХСН, находятся в состоянии декомпенсации

углеводного обмена, характеризующейся хронической гипергликемией и эпизодами гипогликемии.

0105 РОЛЬ СИМПАТИЧЕСКИХ ВЛИЯНИЙ В МЕХАНИЗМАХ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СТРЕСС-УСТОЙЧИВОСТИ У НОРМОТЕНЗИВНЫХ И ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРЫС

Бердникова В.А., Анищенко Т.Г., Семячкина-Глушковская О.В., Рудковская А.Д.
ГОУ ВПО «Саратовский государственный университет им. Н.Г. Чернышевского», Саратов, Россия

Целью работы явилось изучение с учетом полового фактора кардиоваскулярной стресс-реактивности (60 мин. иммобилизация) и роли симпатических влияний в регуляции сердечно-сосудистой системы (ССС) у нормотензивных и гипертензивных крыс.

Эксперименты выполнены на 60 нормотензивных и 48 гипертензивных самках и самцах крыс (модель гипертонии Голдблета – 1 клипса, 2 почки). Динамику изменений среднего артериального давления (ср.АД) и частоту сердечных сокращений (ЧСС) исследовали используя многоканальный измерительно-вычислительный комплекс (PowerLab/400 ML401, Австралия). Для блокады и стимуляции адренергических влияний использовали пропранолол (0.1 мг/100 г, Iv) и адреналина сульфат 0,1% (10мкг/100г, Iv), соответственно. Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ StatIstIca 5.0. Различия считались достоверными при $p<0,05$.

Результаты опытов показали, что при одинаковых базальных значениях ср.АД у здоровых самок и самцов женские особи имели менее частый пульс, чем мужские особи. На фоне стресса у самок по сравнению с самцами наблюдалось усиление хронотропных и ослабление гипертензивных реакций. При этом, гемодинамические изменения при стрессе были более длительными у самцов, чем у самок.

Наложение клипсы на почечную артерию индуцировало развитие гипертонии, причем в более тяжелой форме у самцов по сравнению с самками. У гипертензивных самок и самцов наблюдались разнонаправленные реакции на стресс. Так, у гипертензивных самок были ослаблены как хронотропные, так и прессорные эффекты стресса. У самцов, напротив, гипертензия сопровождалась усилением кардиоваскулярной стресс-реактивности как по сердечному, так и по сосудистому компоненту.

У нормотензивных животных введение адреналина сопровождалось примерно одинаковым у самок и самцов увеличением ср.АД, но более значительным у самок компенсаторным урежением пульса. Введение пропранолола нормотензивным животным вызывало длительную брадикардию, выраженную в большей степени и у большего числа самок по сравнению с самцами. При этом, компенсаторное увеличение ср.АД было также более существенным у самок. Развитие гипертонии сопровождалось усилением сосудистой реактивности к адреналину у самок, но не у самцов, на фоне замедления компенсаторных реакций, которые были более выраженными у мужских особей по сравнению с женскими. Хронотропная чувствительность к пропранололу, несколько снижаясь у гипертензивных крыс, оставалась более высокой у самок, чем у самцов. При этом, компенсаторное увеличение ср.АД было также более существенным у самок.

Таким образом, наши результаты свидетельствуют о более существенном симпатическом контроле кардиоваскулярной активности у самок по сравнению с самцами, что может частично обуславливать более высокую кардиоваскулярную устойчивость женского организма к стрессу и сердечно-сосудистой патологии.

0106 ПРЕДИКТОРЫ РАННЕГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ РИТМА У БОЛЬНЫХ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ

Берестенникова Л.Н., Чумакова Г.А., Тимофеев А.В.
МУЗ «Городская Больница№1», Барнаул, Россия; АГМУ, Барнаул, Россия

Цель исследования. Определить факторы, влияющие на восстановление за период госпитализации синусового ритма у больных мерцательной аритмией (МА) с тиреотоксикозом (ТТ).

Материалы и методы. В исследование включено 77 пациентов с МА (средний возраст: 53,1± 9,1 M±SD лет, 42,86% -мужчины), у которых по данным лабораторного обследования был выявлен ТТ. Отбор больных проводился проспективно случайным методом по мере их поступления в кардиологическое отделение. Определялся уровень тиреотропного гормона (ТТГ), свободных тироксина (св.Т4) и трийодтиронина (св.Т3), а также оценивались данные анамнеза МА и тиреотоксического анамнеза, степень тяжести ТТ. Всем больным проводилась также электрокардиография, эхокардиография, ультразвуковое исследование щитовидной железы. С учётом восстановления или не восстановления синусового ритма за период госпитализации больные были разделены на две группы: 1 - пациенты с восстановленным синусовым ритмом (n=58, средний возраст: 53,3±8,8 M±SD лет 41,4% -мужчины); 2 - пациенты с сохраняющейся МА к моменту выписки (n = 19, средний возраст: 52,5±10,4 M±SD лет 47,4% - мужчины). Статистическая обработка проводилась с использованием программы «StatIstIca 6». Анализ качественных величин проводился с построением таблиц сопряжённости признаков, применялся тест Пирсона ($\chi 2$). За критический уровень значимости принималось значение $p<0,05$.

Результаты. Не было выявлено статистически значимого отличия между группами по возрасту ($t=0,33$; $p=0,74$) и полу ($\chi 2=0,21$; $p=0,647$). Группы различались: по стадии хронической сердечной недостаточности (ХСН)($\chi 2=31,5$; $p=0,000001$). Синусовый ритм восстанавливался чаще у больных с первой стадией ХСН. По давности возникновения пароксизма МА ($\chi 2 =66,54$; $p=0,0$). Синусовый ритм восстанавливался чаще у больных с давностью аритмии менее 24 часов. По степени тяжести ТТ ($\chi 2=13,38$; $p=0,001$). Синусовый ритм восстанавливался чаще у больных меньшей степенью тяжести ТТ. По наличию или отсутствию увеличения левого предсердия (ЛП) ($\chi 2=5,54$; $p=0,0186$). Синусовый ритм восстанавливался чаще у больных с нормальными размерами ЛП. По наличию или отсутствию легочной гипертензии ($\chi 2=10,62$; $p=0,001$). Синусовый ритм восстанавливался чаще у больных без легочной гипертензии.

Выводы. У многих больных МА с сопутствующим ТТ восстановление синусового ритма происходило за период госпитализации, ещё до наступления эутиреоза. Возможными предикторами раннего восстановления синусового ритма у больных МА с сопутствующим ТТ являются: ХСН не больше первой стадии, давность пароксизма мерцательной аритмии менее 24-х часов, небольшая степень тяжести ТТ, отсутствие увеличения ЛП, и легочной гипертензии. Большая частота раннего восстановления ритма у больных МА с ТТ, по сравнению с литературными данными, вероятно, обусловлена преобладанием больных с небольшой давностью нарушения ритма в структуре госпитализации отделения неотложной кардиологии.

0107 НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ КОРОНАРОГРАФИИ ТРАНСРАДИАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ

Беркинбаев С.Ф., Жолдин Б.К., Сахов О.С., Канимкулова Ф.А.
Западно-Казахстанская государственная медицинская академия им. М.Оспанова, Актобе, Казахстан

Актуальность. По данным разных авторов, частота периферических осложнений в интервенционной кардиологии составляет 2-9%. Хотя опыт интервенционных кардиологов постоянно растет, совершенствуется инструментарий и техника вмешательств, появляются устройства для закрытия пункционных отверстий (AngIoSeal, VasoSeal, Perclose и др.), число местных осложнений не сокращается. Развитие осложнений приводит к увеличению койко-дней, необходимости гемотрансфузий и хирургического лечения, а также к повышенной смертности,

Широкому распространению трансрадиального доступа

препятствует необходимость определенного периода обучения и ошибочное мнение о большой частоте перехода на другие артериальные доступы, о большем времени рентгеноскопии и соответственно лучевой нагрузки.

Целью нашей работы было сравнение результатов коронарографии при трансрадиальном и трансфеморальном доступе.

Материал и методы исследования. За первые 2 месяца работы Западно-Казахстанского регионального кардиохирургического центра (г. Актобе, Республика Казахстан) в кабинете ангиографии проведено 105 коронарографий, из них 2 со стентированием коронарных артерий. Местом артериального доступа были в 78 случаях левая лучевая артерия (74,3%), правая лучевая артерия – у 1 пациента (0,95%), правая бедренная артерия – у 25 (23,7%), левая общая бедренная артерия – у 1 (0,95%). Таким образом, трансрадиальный доступ был использован у 75%. Выбор трансфеморального доступа был обусловлен следующим: у 21 больного - слабая пульсация левой лучевой артерии или положительный тест Аллена, у 1 – использование лучевых артерий в качестве аутоартериальных шунтов в ходе предшествующей операции аортокоронарного шунтирования, у 1 – необходимость дополнительного исследования ветвей дуги аорты, у 2 – переход с трансрадиального доступа (в одном из них из-за неудачной попытки пункции лучевой артерии, во втором из-за резкой извитости левой подключичной артерии и невозможности селективной катетеризации устьев коронарных артерий).

Результаты: Время рентгеноскопии и общая лучевая нагрузка в группе трансрадиального доступа были 4,4±0,9 мин и 512,4±66,7 mGy, а в группе трансфеморального доступа соответственно 3,6±0,3 мин и 645,1±38,9 mGy ($p>0,05$). В группе трансрадиального доступа никаких осложнений не наблюдалось, несмотря на раннюю активизацию. После коронарографии трансфеморальным доступом в двух случаях отмечали появление подкожной гематомы, не потребовавшей никаких дополнительных мероприятий ($p=0,04$).

Выводы: трансрадиальный доступ в интервенционной кардиологии является перспективным направлением для снижения периферических осложнений, увеличения эффективности работы коек и сокращения листа ожидания. При этом время ренгеноскопии и лучевая нагрузка в сравнении с трансфеморальным доступом статистически не различаются.

0108 ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Бернс С.А., Клименкова А.В., Шмидт Е.А., Авраменко О.Е., Селезнева Е.С., Барбараш О.Л.
Государственное учреждение Научно-производственная проблемная лаборатория реконструктивной хирургии сердца и сосудов СО РАМН, Кемерово, Россия

Цель исследования: уточнение роли провоспалительных цитокинов при развитии ОКС у больных с наличием СД 2 типа.

Методы исследования: проведено обследование 123 пациентов (32 женщин и 91 мужчин) с ОКС без подъема сегмента ST, поступивших в отделение неотложной кардиологии в течение первых 24 часов от момента развития клинической картины. Средний возраст составил 54,2±2,1 года. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа - 42 (34,1%) пациентов страдающих СД 2 типа, 2 группа – 81 (65,9%) больных без СД. Клинический статус оценивался традиционно. Всем больным в первые сутки от момента поступления проводилось изучение провоспалительных маркеров: уровень С-реактивного белка (СРБ), интерлейкинов (ИЛ): ИЛ-1β, ИЛ-6, ИЛ-8.

Через шесть месяцев проводилась оценка «конечных точек»: смерть, госпитализации по поводу повторных ОКС, инсульт, новые случаи СД.

Результаты: при сравнении уровня провоспалительных цитокинов и СРБ в группах больных с ОКС и СД 2 типа выяснено, что величина ИЛ-1β была на 35% ($p=0,04$), а ИЛ-6 – на 23% ($p<0,05$) выше по сравнению с аналогичными показателями больных ОКС без СД. В то же время уровень ИЛ-8 и СРБ существенно не различались в указанных группах больных.

При оценке «конечных точек» через шесть месяцев наблюдения выяснилось, что у больных, характеризующихся высоким уровнем ИЛ-6 при поступлении, независимо от наличия или отсутствия СД достоверно ($p<0,05$) чаще регистрировались неблагоприятные сердечно-сосудистые события.

Заключение: полученные результаты свидетельствуют об усилении значимости провоспалительных маркеров в патогенезе ОКС у больных с СД 2 типа. Полученные результаты позволяют сделать предварительный вывод о том, что отдаленный неблагоприятный прогноз у больных ОКС может быть обусловлен не только клиническими и ангиографическими данными, но и провоспалительной активностью, в частности – повышением уровня ИЛ-6, который может выступать в качестве раннего предиктора развития отдаленных неблагоприятных сердечно-сосудистых событий.

0109 ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ АНГИОТЕНЗИН ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С НИЗКОЙ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТЬЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Бессонова Н.А.
ГУЗ Городская больница № 28, Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Известно, что уровень инвалидизации и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в России, как и во всем мире, увеличивается. Ведущее место в структуре смертности при этих состояниях занимает недостаточность кровообращения (НК), основной причиной которой остается инфаркт миокарда (ИМ), ежегодно в России умирают от 880 до 960 тыс больных НК. В связи с этим актуальным становится не только устранение сердечно-сосудистой катастрофы как таковой, но и длительное динамическое наблюдение за больными, а также восстановительное лечение для уменьшения риска смерти и улучшения качества их жизни.

Цель исследования – изучение показателей качества жизни больных в отдаленные сроки после перенесенного ИМ с низкой сократимостью левого желудочка в остром периоде заболевания.

В него включено 135 больных ИМ с фракцией выброса крови из левого желудочка (ФВ) менее 50%, определенной в первые 48 часов заболевания методом двухмерной эхокардиографии (ЭхоКГ). Необходимо отметить, что у 79% обследованных ФВ оказалась ниже 40%. Все больные получали стандартную терапию и каптоприл (ИАПФ) в дозе 25-75 мг в сутки, начиная с первых часов ИМ. У 71% больных имел место осложненный ИМ (средний возраст 63,8), средняя ФВ первых 48 часов составила 31,3%. У 29% оказался неосложненный ИМ (средний возраст 58,8 лет), средняя ФВ – 33,4%. Внутрибольничная летальность достигла 1,4%. Наблюдение за больными осуществлялось в течение 3-5 лет 2-3 раза в год. Проводился опрос по вновь возникшим или нарастающим жалобам, отслеживались сердечно-сосудистые катастрофы (повторные ИМ, инсульты, тромбоэмболии), признаки НК, выполнялась ЭхоКГ. Качество жизни больных оценивалось по модифицированному вопроснику EQ 52.

К 5 годам наблюдения общая летальность составила 16%, от сердечно-сосудистых заболеваний – 13%. После года наблюдения качество жизни больных улучшилось по шкале «восприятие здоровья» ($p<0,05$). В 80% случаев она оказалась более 0,7. Кроме этого, снизились: уровень тревожности и показатель «физических болей», увеличились толерантность к физической нагрузке и показатель «энергичность». Почти 80% больных, по данным ЭхоКГ, достигли нормальной и субнормальной (от 50 до 55%) ФВ. Перечисленные параметры у обследованных оставались относительно стабильными в течение 3 лет. Далее наблюдалось незначимое снижение показателя

«состояние общего здоровья», увеличение степени выраженности симптомов НК (слабости, усталости, одышки). Однако в это же время выявлено снижение регулярности наблюдения, приверженности пациентов к лечению вообще и ИАПФ в частности, в отдельных случаях – их отмена. По данным ЭхоКГ, обнаружена тенденция к сохранению уровня диастолических нарушений и к снижению систолической функции левого желудочка.

Вывод. Длительное комплексное лечение с использованием ИАПФ больных, перенесших ИМ с низкой сократительной способностью левого желудочка в остром периоде, приводит к улучшению качества жизни, стабилизации состояния физического и психического здоровья и имеет значение для сохранения функций миокарда и замедления развития признаков НК в данной популяции.

0110 СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ГРУППАХ РАБОТНИКОВ УМСТВЕННОГО ТРУДА С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Бехбудова Д.А., Бахшалиев А.Б., Ахмедова Т.А., Абиева Э.М., Сафарова Д.Р., Касумов З.И.
НИИ кардиологии, Баку, Азербайджан

Цель исследования: изучить частоту встречаемости нарушений липидного спектра крови и метаболического синдрома (МС) среди работников преимущественно умственного труда с избыточной массой тела (ИМТ).

По результатам предварительно проведенного профилактического обследования 302-х сотрудников 2-х произвольно избранных НИИ г.Баку наиболее часто встречающимся фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) оказалась ИМТ (60% среди лиц мужского пола и 50,3% среди лиц женского пола). Изучение состояния липидного спектра крови проведено у 61 сотрудника НИИ с ИМТ (24 мужчин и 37 женщин). Средний возраст мужчин составил 51,4±2,6 лет; женщин - 47,6±2,04 лет. Все обследованные с высшим образованием. 34,5% мужчин и 37,5% женщин являлись обладателями ученой степени кандидата наук. По 8,2% мужчин и женщин имели ученую степень доктора наук. Кровь для исследования брали утром натощак (через 12-14 часов после последнего приема пищи) из локтевой вены. Для забора крови использовались «Vakuet 3ml Z Serum/k». Концентрацию в сыворотке крови общего холестерина (ОХС), ХС липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и триглицеридов (ТГ) определяли с использованием диагностического набора реактивов фирмы «Human» (Германия) с последующим вычислением уровня ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и холестеринового индекса атерогенности. Контроль качества липидных исследований осуществлялся при использовании контрольной сыворотки «Humatrol N» (стандарт Human, Германия). Оценка результатов исследования проводилась в соответствие с полом и возрастом обследованных. При решении вопроса о наличии у пациентов метаболического синдрома (МС) опирались на руководство ATP III 2001г. (США). Обработку полученных результатов исследования проводили с помощью стандартного компьютерного пакета статистических программ (версия 2003 г.).

По результатам проведенного исследования у 45,8% мужчин и 45,9% женщин (т.е. практически у каждого 2-го обследованного) установлены те или иные нарушения липидного спектра крови. У остальных 54,2% мужчин и 54,1% женщин отмечен нормальный уровень содержания в крови изучаемых показателей жирового обмена.

Риск развития ишемической болезни сердца (ИБС), рассчитанный по соотношению ОХ к ХС ЛПВП, почти у каждого 4-го обследованного (22,95%) оказался «втрое выше среднего», а у каждого 3-его (34,4%) - «вдвое выше среднего». Риск развития ИБС «втрое выше среднего» среди мужчин отмечался достоверно чаще по сравнению с женщинами. При оценке риска развития ИБС по уровню ХС ЛПВП «высокий» уровень риска ИБС отмечен у 29,5% обследованных. Интересно, что оценка риска ИБС по уровню ХС ЛПВП выявила большую частоту встречаемости «высокого» уровня риска ИБС среди женщин (35,1%) по сравнению с обследованными мужчинами (20,8%).

Среди изучаемой категории пациентов наличие МС установлено в 37,7% случаев, т.е. практически более чем у каждого 3-его обследованного (в 45,8% случаев среди мужчин и в 32,4% - среди женщин).

Таким образом, в настоящем исследовании установлена высокая частота встречаемости нарушений жирового обмена, МС и, соответственно, высокой степени риска ИБС среди работников преимущественно умственного труда с ИМТ. Представленные результаты исследования свидетельствуют в пользу необходимости разработки комплексной программы по профилактике нарушений жирового и углеводного обменов для внедрения её в организованных популяциях работников умственного труда.

0111 ДИСПЕРСИЯ ИНТЕРВАЛА QT И СОСТОЯНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЦА

Бешенцева И.М., Галин П.Ю.
ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Оренбург, Россия

Цель исследования: оценить взаимосвязь состояния левого желудочка сердца с показателями дисперсии интервала QT и JT у больных с органической патологией сердца.

Материалы и методы: обследовано 74 пациента в возрасте 40-65 лет с верифицированной патологией системы кровообращения. С помощью эхокардиографического обследования определялась масса миокарда (ММ) и конечный диастолический объем (КДО) левого желудочка. Делением указанных величин на площадь поверхности тела обследуемого определяли индекс массы миокарда левого желудочка (ИММ ЛЖ) и конечный диастолический индекс (КДИ). Дисперсия интервала QT и JT определялись вручную как разница между максимальными и минимальными значениями в любом из 12 отведений ЭКГ снятой на скорости 50 мм/с трижды, результат усреднялся (QT и JT определялись по формуле Базетта).

Результаты: при анализе показателей структуры миокарда у половины обследованных с органической патологией сердца масса миокарда ЛЖ, ИММ ЛЖ, КДО, КДИ были достоверно больше. Дисперсия реполяризации оказалась более выраженной в группе с увеличенными ИММ ЛЖ и КДО, чем у больных с показателями состояния миокарда ЛЖ без изменений, значения которой составили 79,3±6,3 мс1/2 и 59,5±2,7 мс1/2 ($p<0,05$) соответственно. Значение дисперсии JTc составляла у больных с увеличением ИММ ЛЖ 86,3±2,4 мс1/2 против 64,9±7,3 мс1/2 из группы пациентов без отклонений показателей состояния левого желудочка. Корреляционный анализ показал наличие взаимосвязи между увеличением дисперсии интервала QT ($p<0,05$) и JTc ($p<0,05$) и увеличением показателей массы миокарда левого желудочка.

Выводы:

1. Существует прямая зависимости негомогенности процессов реполяризации и от состояния левого желудочка сердца.

2. Увеличение ИММ ЛЖ, КДО и КДИ (характеризующими состояние левого желудочка) изменяет дисперсию интервала QT и JT (маркеры негомогенности процессов реполяризации).

3. Взаимосвязь между показателями состояния левого желудочка и маркерами негомогенности процессов реполяризации позволяет предположить наличие параллелизма их морфофункциональных изменений.

0112 НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ

Бирюкова Т.А., Савельева Т.В., Мокрушина Т.М., Перевозчикова О.С.
ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, Россия

Цель – изучить состояние микроциркуляции (МЦ) и липидного спектра крови у пожилых и старых больных с обострением язвенной болезни (ЯБ).

Материалы и методы исследования. Обследовано 72 пациента с ЯБ желудка и 12-й кишки в возрасте от 55 до 79 лет (средний возраст 64,3±0,6 года). В основную группу (48 чел.) вошли пациенты, имеющие сочетанную с ЯБ сердечно-сосудистую патологию (артериальную гипертонию, ишемическую болезнь сердца), в контрольную (24 чел.) - имеющие изолированное течение ЯБ. Обострение ЯБ подтверждалось эндоскопически. Состояние МЦ изучалось при биомикроскопии конъюнктивы глаза. Исследовались показатели липидного спектра крови: общий холестерин (ОХС), триглицериды (ТГ), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП), рассчитывались холестерин липропротеидов низкой плотности (ХСЛПНП) и очень низкой плотности (ХСЛПОНП), индекс атерогенности (ИА).

Результаты исследования. Результаты конъюнктивальной биомикроскопии свидетельствуют о том, что в основной группе достоверно чаще, чем в контрольной, встречались сосудистые и внутрисосудистые изменения МЦ, а именно: уменьшение диаметра артериол, извитость сосудов, сладж в венулах и артериолах, тромбоз в посткапиллярных сосудах.

Анализ показателей липидного спектра выявил отклонения у 75% пациентов основной и 56% контрольной группы ($p<0,05$). Показатели липидов в основной и контрольной группах составили соответственно: ОХС – 5,80±0,16 и 5,04±0,21 ммоль/л ($p<0,05$), ТГ – 1,71±0,09 и 1,34±0,10 ммоль/л ($p<0,05$), ХСЛПНП – 3,97±0,15 и 3,30±0,20 ммоль/л ($p<0,05$), ХСЛПОНП 0,79±0,04 и 0,61±0,05 ммоль/л ($p<0,05$), ХСЛПВП – 0,92±0,03 и 1,10±0,05 ммоль/л ($p<0,05$), ИА – 5,2±0,23 и 3,58±0,3 ($p<0,05$). Корреляционный анализ между показателями липидного спектра и особенностями клинического течения показал, что в основной группе имеется прямая положительная связь средней силы между размерами язвенного дефекта и уровнями ТГ, ХСЛПОНП, ИА, слабая положительная – с уровнем ХСЛПНП, отрицательная средней силы - с величиной ХСЛПВП. В этой же группе скорость рубцевания язвенного дефекта находилась в обратной зависимости от уровня ИА и в прямой – от уровня ХСЛПВП. В контрольной группе достоверных корреляций этих показателей установлено не было.

Таким образом, в патогенезе ЯБ у лиц старшей возрастной группы, особенно если она ассоциирована с патологий сердечно-сосудистой системы, значительна роль нарушений липидного спектра крови и микроциркуляторных нарушений. Эти аспекты необходимо учитывать при назначении индивидуальной терапии.

0113 АНТИИШЕМИЧЕСКИЕ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ИВАБРАДИНА И b-АДРЕНОБЛОКАТОРА НЕБИВОЛОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИБС

Бирюченко М.В.
ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Росздрава», Пенза, Россия

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является распространенным и прогностически неблагоприятным осложнением ишемической болезни сердца (ИБС). Поиск новых препаратов, оказывающих влияния на патофизиологические механизмы прогрессирования ХСН, остается актуальной задачей.

Цель: комплексное изучение клинической эффективности применения ивабрадина и небиволола в составе комбинированной терапии у больных ИБС с ХСН II–III функционального класса (ФК), их влияния на качество жизни, показатели суточной ишемии миокарда (СИМ), сократительной функции левого желудочка (ЛЖ).

Материал и методы: 92 мужчин с ХСН II–III ФК по классификации NYHA, средний возраст – 57,3±4,5 лет. Больные распределены по 3 группам. В 1-й группе (n=30) проводилась стандартная терапия (ингибиторы АПФ, диуретики, дезагреганты, статины, при необходимости нитраты), во 2-й группе (n=33) дополнительно назначен небиволол (препарат «Небилет», средняя доза – 5,0 мг), в 3-й группе (n=29) к стандартному лечению добавлен ивабрадин (препарат «Кораксан», средняя доза – 7,5 мг). Помимо клинического обследования были проведены инструментальные исследования: ЭКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиография, анализ показателей вариабельности ритма сердца (ВРС).

Результаты: качество жизни достоверно улучшилось в группах больных, получавших дополнительно к базовой терапии небилет и кораксан, что сопровождалось снижением среднего балла по Миннесотскому опроснику: в группе небилета – с 24,5±3,5 до 15,5±1,5, в группе кораксана – с 24,5±3,0 до 9,5±1,5. Назначение небилета к стандартной терапии позволило снизить частоту сердечных сокращений (ЧСС) с 73,1±12,3 до 63,1±5,6 уд/мин, кораксана с 75,4±12,1 до 62,6±4,7 уд/мин. Через 6 мес наибольшее уменьшение СИМ – в группе кораксана: с 36,2±3,3 до 10,3±2,1 мин, $p<0,05$. Адекватное уменьшение СИМ отмечено и в группе небилета: с 34,1±2,3 до 20,2±2,2 мин. В 1 группе при стандартной терапии СИМ осталась без значимой динамики. На фоне лечения кораксаном отмечено увеличение фракции выброса (ФВ) до 9%, $p<0,05$, при этом улучшение сократительной способности сопровождалось улучшением диастолической функции ЛЖ: E/A возросло с 0,64±0,17 до 1,09±0,16, уменьшение IVRT с 121±3,8 до 98,3±2,4 мс, при $p<0,05$. В группе с небилетом в первые 2 нед получена тенденция к снижению ФВ на 2,3%, однако при последующей терапии к 6 мес наблюдения прирост ФВ составил 3,8% от исходного значения. При анализе показателей, характеризующих диастолическую функцию ЛЖ, мы не получили динамики в группе небилета. Изменения показателей ВРС, свидетельствующих об ослаблении симпатического влияния на синусовый ритм, отмечено на фоне терапии небилетом: увеличение SDNN с 24,9±1,7 до 46,3±2,3 мс, уменьшение LF/HF с 3,67±0,34 до 1,73±0,24. При терапии кораксаном регистрировали не только изменение SDNN (с 25,3±1,6 до 37,3±2,9 мс), но и значимое увеличение rMSSD.

Таким образом, включение небилета и кораксана в комплексную терапию больных ИБС, осложненной ХСН, при оптимальном снижении ЧСС позволило обеспечить должный антиишемический эффект, уменьшить выраженность клинических проявлений ХСН.

0114 КАРДИАЛЬНАЯ ВЕГЕТАТИВНАЯ НЕЙРОПАТИЯ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Блинов А.В., Коваленко Т.В.
ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, Ижевск, Россия

Поражение вегетативной нервной системы (ВНС), осуществляющей регуляцию витальных функций и поддержание гомеостаза, является осложнением во многом определяющим течение, прогноз и структуру смертности при сахарном диабете (СД). Наибольшую клиническую, диагностическую и прогностическую роль играют кардиоваскулярные осложнения.

Цель: изучить распространенность диабетической кардиальной вегетативной нейропатии (ДКВН) у детей с сахарным диабетом, установить факторы риска ее формирования.

Методы: кардиальную автономную нейропатию диагностировали с помощью анализа вариабельности ритма сердца (ВРС) при проведении кардиоинтервалографии. При анализе ВРС использовались параметры, рекомендованные Стандартами, также применялись 5 кардиоваскулярных проб по EwIng. Обследованы 83 пациента школьного возраста (средний возраст 12,3±0,5 лет). Впервые выявленный СД диагностирован у 15 из них, СД длительностью от 1 до 5 лет – у 36, более 5 лет - у 32. Контрольную группу составили 19 практически здоровых детей школьного возраста, которые по результатам клинического тестирования ВНС относились к нормотоникам.

Результаты: у детей с впервые выявленным СД признаков ДКВН не отмечалось. У 23,5±5,1% (n=16) пациентов с длительностью СД 1 год и более были зарегистрировано снижение ВРС,

именно эта категория пациентов составила группу риска на формирование дисфункции ВНС. Диагноз ДКВН выставлен нами 11 пациентам. Основанием для постановки диагноза явились клинические симптомы в виде тахикардии покоя (у всех обследованных) и ортостатической гипотензии (у 3/4 пациентов), а также значительные изменения показателей, характеризующих ВРС (аваириабельный сердечный ритм). Достоверное (в сравнении, как со здоровыми детьми, так и с остальными пациентами с СД) снижение показателей SDNN, pNN50, RMSSD, вариационного размаха, моды, нарастание амплитуды моды, индекса напряжения. Отмечена также сниженная реакция при проведении кардиоваскулярных тестов. При этом у каждого пациента результаты как минимум 2 тестов имели пограничное (ниже M-1σ) или низкое (ниже M-2σ) значение по сравнению с показателями у здоровых детей. Корреляционный анализ показал наличие связи между длительностью СД (P<0,01) и уровнем компенсации заболевания (P<0,01) и изменением вегетативной иннервации сердца в виде роста симпатических влияний и снижения ВРС. Средний возраст на момент постановки диагноза вегетативной нейропатии составил 14,6±1,3 лет, длительность СД превышала 5 лет (в среднем - 9,6±1,0 года). Все пациенты имели неудовлетворительные показатели компенсации заболевания (HbA1=11,3±0,7%), что привело к формированию специфических диабетических осложнений (в среднем 5,9 осложнений на одного больного).

Выводы: частота ДКВН достигает 16,2 на 100 пациентов детского возраста с длительностью заболевания более 1 года. Вклад в ее формирование вносят длительное и осложненное течение СД и неудовлетворительная метаболическая компенсация заболевания.

0115 ЗАВИСИМОСТЬ ГЕОМЕТРИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ОТ ПРОФИЛЯ СОЛЕВОЙ РЕАКТИВНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Бобрышев К. А., Коломиец В. В., Василенко В. В., Боброва Е. В.
Донецкий национальный медицинский университет, Донецк, Украина; Городская клиническая больница № 2, Донецк, Украина; Национальная медицинская академия последипломного образования, Киев, Украина

Солевая чувствительность артериального давления (АД) является фактором риска неблагоприятного прогноза при эссенциальной гипертензии (ЭГ). Однако механизмы, посредством которых реализуется патогенный потенциал этого типа солевой реактивности, до сих пор неизвестны. Предполагают, что одним из них служит нарушенная геометрия левого желудочка (ЛЖ). Тем не менее, клинические доказательства этой гипотезы пока отсутствуют.

Цель: Изучить структурные особенности миокарда ЛЖ у больных ЭГ с различной солевой реактивностью АД.

Методы исследования: Обследовано 72 пациента с ЭГ II стадии – 40 мужчин и 32 женщины. Возраст больных в среднем составил 47,4±5,5 лет. Солевую реактивность АД определяли в остром тесте SalIne-LasIx. Его сущность состоит в последовательном определении среднего АД (САД) на фоне объёмно-солевой нагрузки (2000 мл физиологического раствора внутривенно капельно) и объёмно-солевого истощения (120 мг/сут фуросемида, внутрь). Профиль солевой реактивности АД определяли как разность между САД этих 2 фаз (ΔСАД). При ΔСАД от 0 до 9,9 мм рт.ст. диагностировали сольрезистентную ЭГ, при ΔСАД 10 мм рт.ст. и выше – сольчувствительную ЭГ. Эхокардиографическое обследование проводили в М-режиме. Определяли толщину межжелудочковой перегородки (ТМЖП) и задней стенки ЛЖ (ЗСЛЖ). Массу миокарда ЛЖ (ММЛЖ) рассчитывали по формуле ASE-cube, индекс ММЛЖ (ИММЛЖ) – как ММЛЖ/площадь тела, относительную толщину стенки ЛЖ (ОТСЛЖ) – как 2хЗСЛЖ/конечно-диастолический размер ЛЖ. Данные представлены в виде M±SD.

Результаты: По данным острого теста, сольрезистентный профиль АД выявлен у 34 больных (47,2%), сольчувствительный – у 38 пациентов (52,8%). ИММЛЖ составлял у сольрезистентных больных 130,6±12,1 г/м2, у сольчувствительных 141,4±12,6 г/м2 (p<0,001). ТМЖП – у сольрезистентных 1,16±0,14 см, у сольчувствительных 1,25±0,15 см (p=0,011), ЗСЛЖ – у сольрезистентных 1,15±0,15 см, у сольчувствительных 1,22±0,13 см (p=0,037), ОТСЛЖ – у сольрезистентных 0,47±0,03 у. е., у сольчувствительных 0,49±0,03 у. е. (p=0,001). Соответственно нормальная геометрия ЛЖ наблюдалась у 9 сольрезистентных больных (26,5%) и у 3 сольчувствительных (7,9%), p=0,072; концентрическое ремоделирование – у 20 сольрезистентных (58,8%) и у 12 сольчувствительных (31,6%), p=0,037; концентрическая гипертрофия – у 3 сольрезистентных (8,9%) и у 23 сольчувствительных (60,5%), p<0,001; эксцентрическая гипертрофия – у 2 сольрезистентных (5,8%) и отсутствовала у сольчувствительных (0%), p=0,434.

Выводы: Для сольчувствительной ЭГ в сравнении с сольрезистентной характерны более выраженные и менее прогностически благоприятные изменения геометрии ЛЖ. В частности, при сольчувствительной ЭГ преобладающим вариантом гипертензивного сердца является концентрическая гипертрофия, тогда как при сольрезистентной ЭГ – концентрическое ремоделирование.

0116 ДИАГНОСТИКА НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОДРОСТКОВ С ПАТОЛОГИЕЙ МИОКАРДА

Богмат Л.Ф., Рак Л.И., Ахназарянц Э.Л., Никонова В.В.
Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины, Харьков, Украина

Цель: совершенствование методов ранней диагностики сердечной недостаточности у подростков с патологией миокарда на основании изучения морфофункциональных параметров сердца и характера изменений нейрогуморальных систем регуляции.

Объем и методы: Под наблюдением находилось 143 подростка 12-18 лет с миокардиофиброзом ревматической и неревматической природы, диспластической и аритмогенной кардиомиопатиями. Контрольную группу составили 52 практически здоровых их сверстника. Проводились ЭКГ в состоянии покоя и в процессе физической нагрузки (РЭКГ), ЭхоКГ и допплер-ЭхоКГ, стресс-ЭхоКГ, РЭКГ. Определялся уровень экскреции катехоламинов в суточной моче (по Матлиной Э.Ш.), а также показатели кортизола, альдостерона в сыворотке крови, активность ренина плазмы и содержание ангиотензина-II в плазме (радиоиммунологическим методом).

Полученные результаты: у подростков с патологией миокарда, при отсутствии жалоб и клинических проявлений сердечной недостаточности, формируются изменения морфофункциональных характеристик сердца, которые проявляются увеличением размеров левых и правых его отделов со снижением насосной и сократительной способности миокарда и сопровождаются перестройкой гемодинамических соотношений в сторону формирования гипокинетического типа кровообращения. Средние показатели фракции выброса (ФВ) по группе в целом были достоверно ниже, чем в группе контроля (61% против 68%, p<0,01). Данные изменения формируются на фоне активации симпато-адреналовой и ренин-ангиотензиновой систем, о чем свидетельствует повышение суточной экскреции катехоламинов (p<0,05), активности ренина и уровня ангиотензина-II плазмы крови (p<0,05).

Проведенные функциональные нагрузочные пробы позволили выявить систолическую дисфункцию миокарда почти у трети детей с патологией сердца независимо от исходного показателя ФВ, а в 9% случаев - патологический тип РЭКГ, свидетельствующий о неадекватности коронарного кровотока. Последние наблюдались у подростков с достоверно более низкими показателями экскреции катехоламинов с мочой и альдостерона крови, но при более высоком уровне активности ренина плазмы и ангиотензина-II (p<0,05).

Разработан алгоритм ранней диагностики СН при патологии миокарда у детей, включающий анализ жалоб, оценку ЭКГ и ЭхоКГ. Для диагностики систолической дисфункции миокарда и определения объема физических нагрузок при субнормальных и

нормальных значениях ФВ в покое рекомендовано проведение проб с физической нагрузкой.

Выводы: подростки со снижением ФВ ниже 55% и с неадекватной реакцией миокарда на физическую нагрузку формируют группу субклинической хронической СН. Они нуждаются в назначении средств патогенетической терапии и ограничении физических нагрузок.

0117 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН И ДИСЛИПИДЕМИЯ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Богоявленская О.В., Ослопов В.Н., Капралова Л.И., Щербаков В.А., Ульянина Е.В., Морозова Ю.В.
ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Казань, Россия

Цель работы: изучение значения мембранных нарушений в развитии артериальной гипертензии (АГ) и атеросклероза, оцениваемых по скорости Na+-LI+-противотранспорта (Na+-LI+-ПТ) в эритроците, в сочетании с известными факторами риска АГ у женщин организованной популяции г. Казани.

Эпидемиологическое исследование проведено на 517 женщинах организованной популяции в возрасте от 41 до 64 лет (средний возраст 48,1±0,6 лет). 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+-ПТ в мембране эритроцита по методу M.Canessa (1980). Изучение липидного спектра крови проводилось на аппарате «Холестех».

Установлены границы квартилей, определенных по величине скорости Na+-LI+-ПТ в мембране эритроцита, у женщин: I квартиль - 78-193 (мкмоль LI/1 л кл. в ч), II квартиль - 194-265 (мкмоль LI/1 л кл. в ч), III квартиль - 266-342 (мкмоль LI/1 л кл. в ч), IV квартиль - 343-730 (мкмоль LI/1 л кл. в ч). Результаты исследования показали, что женщины с АГ распределены в популяционных квартилях скорости Na+-LI+-противотранспорта неравномерно. Женщины с АГ наиболее часто имеют высокие и очень высокие скорости Na+-LI+-ПТ (то есть располагаются в III и IV квартилях скорости Na+-LI+-ПТ). Женщины, носительницы величин IV квартиля скорости Na+-LI+-ПТ в мембране эритроцита (343-730 мкмоль LI/1 л кл. в ч), имеют очень высокий риск развития АГ в сравнении с женщинами, имеющими другие величины скорости Na+-LI+-ПТ. Также в IV квартиле у женщин выявлено наиболее высокое содержание в крови триглицеридов (1,87±0,15 при 1,16±0,12 ммоль/л в I квартиле) ($p<0,05$) и более высокий индекс атерогенности (4,19±0,19 при 3,48±0,25 в 1 квартиле) ($p<0,05$).

Исследование больных АГ женщин в квартилях скорости Na+-LI+-противотранспорта дает основание более точно идентифицировать у них риск развития ИБС. Дальнейшее наблюдение за женщинами с нормальным АД и наследственной отягощенностью по АГ (45,9% женщин с нормальным АД), находящимися в разных квартилях скорости Na+-LI+-противотранспорта в мембране эритроцита (в сопоставлении с другими факторами риска), по появлению новых случаев АГ определит значимость этого фенотипа как для развития АГ, так и для сочетанного с АГ развития ИБС.

Поддержано грантом РФФИ № 04-04-97503-рофи

0118 ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ “АТФ-АДФ-АМФ” И СОДЕРЖАНИЕ СВОБОДНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ

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

Цель: изучить показатели системы “АТФ-АДФ-АМФ“, уровень свободных жирных кислот (СЖК) и глицерола у больных с острым отравлением уксусной кислотой.

Методы исследования: обследовано 60 больных с ООУК: 36 пациентов со средней степени тяжести и 24 пациентов с тяжелой степенью отравления, в возрасте от 18-44 лет. Средняя доза принятой уксусной кислоты составила 35,2±4,5 мл. В эритроцитах изучены уровни АТФ (Явербаум П.М. и соавт., 1984), АДФ, АМФ (Bergmeyer H.U., 1965). В плазме крови изучались содержание СЖК (МеньшиковВ.В., 1987), глицерола (RIfaI N.,1991; TIetz N., 1999). Исследования проводились на 1-е, 5-е и 10-е сутки. В контрольную группу вошли 15 здоровых лиц.

Результаты: содержание АТФ у больных с ООУК в 1-е сутки отравления как при средней, так и при тяжелой степени отравления было снижено и составило 1,005±0,32 и 0,89±0,031 ммоль/л, что имело достоверное различие по отношению к контролю (1,90±0,18 ммоль/л; $p<0,001$). На 5-е сутки у пациентов отмечено наиболее низкий показатель содержания АТФ в эритроцитах, который составил 0,53±0,33 и 0,503±0,22 ммоль/л, соответственно ($p<0,001$). На 10-е сутки содержание АТФ в обеих группах оставалось сниженным и составило 1,39±0,34 и 1,37±0,28 ммоль/л соответственно, что имело достоверные отличия по сравнению с контролем ($p<0,001$). Уровень АДФ эритроцитов у больных обеих групп на протяжении 1-х, особенно 5-х суток также снижался по сравнению со здоровыми лицами (1.59±0,20 ммоль/л, $p<0,001$) и составил 0,47±0,24 и 0,44±0,08 ммоль/л соответственно, а к 10-м суткам – увеличивался как у пациентов с отравлением средней, так и тяжелой степени (1,51±0,13 и 1,34±0,30 ммоль/л), соответственно ($p>0,05$). Уровень АМФ в обеих группах на протяжении всего периода наблюденя оставался повышенным, максимальные значения отмечены на 5-е сутки 2,01±0,52 и 1,89±0,46 ммоль/л, и достоверно отличался от контроля (1,05±0,103 ммоль/л, $p<0,001$).Коэффициент АДФ-хАМФ/АТФ в группе здоровых лиц составил 0,89±0,18усл.ед. Наибольшее значение этого показателя отмечено у больных с ООУК обеих групп на 5-е сутки отравления (2,06±0,94 и 1,97±0,94 усл.ед.), который более чем в 2 раза превышал таковой у лиц контрольной группы ($p<0,001$). Уровень СЖК у больных обеих групп с1-го по 10-й день, особенно на 5-й день наблюдения, повышался по сравнению со здоровыми лицами (452,63±32,34 мкмоль/л, $p<0,001$) и составил 912,62±395,56 и 944,91±202,62 мкмоль/л. Уровень глицерола в сыворотке крови больных с ООУК на протяжении всего периода наблюдения снижался по сравнению со здоровыми лицами (3,13±0,37 мг/дл) и составил в 1-е сутки 2,15±0,35 и 1,84±0,36 мг/дл, соответственно ($p<0,01$). Коэффициент СЖК/глицерол в группе здоровых лиц составил 146,91±26,64 усл.ед. Наибольшее значение этого показателя отмечено у больных с ООУК тяжелой степени на 5-е сутки отравления (705,16±271,09 усл.ед.), который более чем в 4,7 раза превышал таковой у лиц контрольной группы (при $p<0,001$).

Выводы: у больных с ООУК средней и тяжелой степени выявлено снижение содержания АТФ в эритроцитах крови при одновременном повышении СЖК в плазме крови, участвующие в синдроме нарушения утилизации жирных кислот.

0119 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭМОКСИПИНА И МЕКСИКОРА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ С УЧЕТОМ ДИНАМИКИ ВРЕМЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

Болдина Н.В., Михин В.П., Чернятина М.А., Водяник О.В.
ГОУ ВПО Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Развитие ишемического инсульта (ИИ) сопровождается функциональными нарушениями сердечно-сосудистой системы в виде возникновения жизнеугрожающих аритмий. В ряде исследований было показано, что нарушение вариабельности сердеч-

ного ритма (ВСР) является предиктором аритмических осложнений и внезапной сердечной смерти. Поэтому в настоящее время становится актуальным вопрос об оптимизации терапии ИИ в остром периоде с учетом состояния параметров ВСР для снижения риска возникновения патологических аритмий и рецидива инсульта.

Цель исследования. Изучить сравнительную эффективность эмоксипина и мексикора у ИИ с учетом динамики временных показателей ВСР.

Материал и методы. Обследовано 60 больных ИИ в остром периоде на фоне артериальной гипертонии (АГ) в возрасте от 50 до 75 лет (средний возраст 65,4±2,3 года). Диагноз инсульта был подтвержден данными спиральной компьютерной томографии. Все больные были разделены на три группы. 1-ую группу составили 20 больных, принимавших на фоне традиционной терапии инсульта (ацетилсалициловая кислота 300 мг/сут, трентал 100 мг/сут, престариум 2-4 мг/сут, арифон 1,5-2,5 мг/сут) мексикор 6-9 мг/кг/сут. Во 2-ую группу (20 больных) были включены пациенты, получавшие традиционную терапию ИИ и эмоксипин 10 мг/кг/сут. 3-я группа (20 больных) была контрольной. Всем больным проведено Холтеровское мониторирование на 1-5 сутки и к концу острого периода ИИ (21-24 сутки) с оценкой временных показателей ВСР – SDNN, SDANN, RMSSD.

Результаты исследования. Исходно на 1-5 сутки ИИ у всех больных отмечалось нарушение соотношения парасимпатических и симпатических влияний в сторону преобладания последних. К концу острого периода инсульта (21-24 сутки) наблюдалось улучшение состояния ВСР у 86,7% больных, более выраженное в группе пациентов, принимавших мексикор. В частности, показатель общей ВСР SDNN повысился в 1-ой группе на 20,8%, а во 2-ой и 3-ей – на 16,3% и 11,4% соответственно. Показатель активности парасимпатической нервной системы RMSSD в группе больных, лечившихся мексикором, увеличился на 24,8% по сравнению с 1-ми сутками развития ИИ, а в двух других группах – на 18,2% и 14,4% соответственно. Значение параметра SDANN, характеризующего состояние симпатической нервной системы, уменьшилось на 13,8% в 1-ой группе больных, в то время, как в двух других группах достоверного изменения значения этого параметра не отмечалось.

Выводы. Включение в состав комплексной терапии ИИ мексикора и эмоксипина способствует улучшению состояния ВСР. Применение мексикора в наибольшей степени приводит к снижению симпатических и увеличению парасимпатических влияний на сердечно-сосудистую систему, что позволяет рекомендовать мексикор у больных ИИ для профилактики аритмических осложнений и рецидивов инсульта.

0120 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Болдинов И.А., Дмитриенко С.В., Усков В.М., Усков М.В.
Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

После установления диагноза инфаркта миокарда у всех больных для обезболивания применялись наркотические анальгетики в комплексе с традиционными средствами лечения. Эпидуральная блокада проводилась после 1 внутримышечной инъекции наркотических анальгетиков у двух больных, 2 - у шести, 3-х и больше - у тридцати двух.

В 1-й группе наркотически анальгетики вводились в эпидуральное пространство у 11 пациентов однократно, у 3-х - 2 раза и у шестерых три и больше. Во 2-й группе потребовалось однократное эпидуральное введение наркотических анальгетиков у 14 пациентов, двукратное - у четырех, больше 3-х раз - у двух.

В группе 3 однократным введением наркотических препаратов болевой синдром был купирован у 11 пациентов. От 2 до 4 раз для достижения анальгезии наркотические анальгетики вводились 19 пациентам, причем у 5 полной анальгезии не было достигнуто.

Представленные данные свидетельствуют, что скорость наступления анальгезии была выше во 2 группе ($p<0,01$), тогда как достоверных отличий в длительности и качестве эпидуральной блокады между группами не обнаружено ($p>0,05$).

Обращает на себя внимание факт, что у больных старших возрастных групп имелась тенденция к более быстрому развитию анальгезии. Отчасти это явление можно объяснить увеличением с возрастом скорости трансменингеальной диффузии. Это происходит за счет сопутствующего атеросклероза, способствующего увеличению проницаемости твёрдой мозговой оболочки и скорости периневрального распространения анальгезирующих средств. Кроме того, широкое возрастное варьирование проницаемости твёрдой мозговой оболочки может явиться дополнительной причиной распространения наркотических анальгетиков в восходящем направлении до надсегментарных структур, включая и кору головного мозга.

Длительность анальгезии под влиянием однократной дозы наркотических анальгетиков при эпидуральной анестезии составляла в среднем от 18,7±1,03 для 1-й группы до 21,2±1,25 часа для 2-й ($p>0,05$).

Удовлетворяющие клинические потребности величины скорости наступления анальгезии и ее длительности в 1 группе можно объяснить тем, что в поясничном отделе минимальная эффективная концентрация, необходимая для присоединения опиата к рецепторам мозга, будет создаваться несколько раньше, чем на уровне грудных сегментов. Это обеспечивает сравнительно небольшие различия в скорости наступления и длительности анальгезии при выполнении эпидуральной блокады в поясничном и грудном отделе.

Таким образом, достаточная, сопоставимая по времени продолжительность обезболивания объясняется использованием оптимального отношения между объемом и концентрацией раствора. При дальнейшем увеличении концентрации раствора за счет уменьшении его объема происходит увеличение риска развития осложнений.

0121 РОЛЬ «ШКОЛЫ» ДЛЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ В ПОВЫШЕНИИ КОМЛАЕНСА К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Боровков Н.Н., Боровкова Н.Ю.
ГОУ ВПО НижГМА, Нижний Новгород, Россия

Цель: оценить роль «Школы» для больных хроническим гломерулонефритом (ХГН) в повышении комплаенса к антигипертензивной терапии.

Методы: в исследование включено 100 больных ХГН с синдромом артериальной гипертензии (АГ). Их средний возраст составил 40,2±8,9 года. Все пациенты были разделены на 5 групп по 20 человек. В каждой группе в течение одного года проводилось обучение в «Школе пациента» по 4 занятия с кратностью 1 раз в 3 месяца на базе нефрологического отделения Нижегородской областной клинической больнице им. Н.А. Семашко. Внимание пациентов, кроме понимания основных проявлений и лечения ХГН, особо акцентировалось на значении лечения АГ. Разъяснялась важность регулярного приема антигипертензивных препаратов в назначенном врачом режиме.

Результаты: исходные результаты исследования выявили низкую комплаентность больных ХГН к антигипертензивной терапии. Изначально все пациенты были информированы о наличии у них синдрома АГ и назначено соответствующее лечение. Среди больных подавляющее большинство (94%) согласились с необходимостью проведения базисной иммуносупрессивной терапии и выполняли его по намеченной врачом схеме. Однако необходимость лечить АГ сознавали только чуть больше половины (52%) больных, остальные (48%) считали лечение АГ вообще не нужным. Из всех больных большинство (67%) принимали необходимые антигипертензивные препараты только стационаре, не продолжая амбулаторное лечение АГ. Оставшиеся лица (33%) продолжали лечение АГ в амбулаторных условиях, но как правило нарушали режим приема гипотензивных средств. Таким образом, ни один пациент до начала исследования не получал долговременной адекватной антигипертензивной терапии.

По окончанию исследования отметился значительный рост комплаенса к лечению АГ у больных ХГН. Так необходимость лечения АГ при ХГН осознали 98% пациентов. Начатую в стационаре антигипертензивную терапию продолжили 87%, а режим приема гипотензивных препаратов соблюдали 77% больных.

Выводы: «Школа пациента» значительно повышает комплаенс к антигипертензивной терапии у больных ХГН.

0122 ЗНАЧЕНИЕ САМОКОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ДОСТИЖЕНИИ ЕГО ЦЕЛЕВЫХ ЗНАЧЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Боровков Н.Н., Боровкова Н.Ю.
ГОУ ВПО НижГМА, Нижний Новгород, Россия

Цель: оценить значение самоконтроля артериального давления (АД) в достижении его целевых значений при лечении артериальной гипертензии (АГ) у больных хроническим гломерулонефритом (ХГН).

Методы: в исследовании приняло участие 100 больных ХГН с синдромом артериальной гипертензии (АГ) 1-3 степени (ВНОК, 2004). Их средний возраст составил 40,2±8,9 года. Всем больным была назначена соответствующая степени тяжести антигипертензивная терапия. Ежемесячно проводился клинический контроль АД на приеме у врача. За целевые значения АД у данного контингента больных принимали показатели систолического АД (САД) 130-125 и диастолического АД (ДАД) 80-75 мм рт.ст. (ВНОК, 2004, ЕОК, 2007). Результаты: наблюдение и лечение осуществлялось в течение одного года, в два этапа по 6 месяцев. В первые 6 месяцев наблюдения проводилось разъяснение необходимости лечения АГ при ХГН, а пациенты осуществляли прием препаратов по намеченной схеме. В оставшиеся 6 месяцев кроме этого больным предлагалось вести дневник самоконтроля АД с записью САД и ДАД.

В результате проведенного исследования были получены следующие результаты. В первые 6 месяцев наблюдения клинические показатели САД и ДАД соответственно составили в целом по группе 145,3±8,7 и 95,3±7,2 мм рт.ст. соответственно. При этом доля пациентов, достигших целевые значения АД, составила 26%. По истечении следующих 6 месяцев дневники самоконтроля АД по рекомендации врача вели 38% больных, остальные измеряли АД эпизодически, не фиксируя его значения. Антигипертензивная терапия осуществлялась по намеченной схеме без значимых изменений. По истечению срока исследования лица, ведущие дневники самоконтроля АД достигли целевых значений АД уже в 46% случаев. Соответственно показатели САД и ДАД у них составили 130,6±7,4 и 80,1±4,9 мм рт.ст. У оставшихся больных при эпизодическом самостоятельном контроле АД показатель целевых значений АД оставался практически на прежнем уровне (27,3%), а САД и ДАД среди них были 138,4±7,7 и 84,2±6,1 мм рт.ст.

Нужно отметить, что указанные результаты достижения целевых значений во всех случаях во многом было обусловлено жестким и регулярным контролем со стороны врача.

Выводы: самоконтроль АД играет значительную роль в достижении целевых значений АД при лечении АГ у больных ХГН.

0123 ОСОБЕННОСТИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Боровков Н.Н., Яркова Н.А., Аминева Н.В., Сальцева М.Т.
ГОУ ВПО «НижГМА Росздрава», Нижний Новгород, Россия

Цель: изучить особенности гипотензивной терапии при сахарном диабете 2 типа (СД 2 типа) в сочетании с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭГ).

Материал и методы. Обследовано 89 больных (средний возраст 52,5±1,4 года) СД 2 типа в сочетании с ЭГ 2 и 3 степени в соответствии с критериями ВНОК (2004). По данным анамнеза, ЭГ развивалась за 9-25 лет (13,7±4,2 года) до СД 2 типа, длительность которого составила 2,8±1,1 года. Обследование больных проводилось в стадию декомпенсации СД 2 (HbA1c 9,1±2,3%) и включало суточное мониторирование артериального давления (СМАД), анализ вариабельности ритма сердца (ВРС), эхокардиографию (ЭхоКГ), определение липидного профиля. Контрольную группу составили 20 человек с эссенциальной АГ без СД 2.

Результаты. Анализ показателей ВРС выявил у обследуемых больных повышение тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы и одновременное снижение в отличие от контрольной группы парасимпатических влияний. Вариабельность систолического и диастолического АД, оцененная по данным СМАД, была выше у пациентов с сочетанной патологией. По данным доплер-ЭхоКГ у всех обследуемых больных СД 2 типа в сочетании с ЭГ была выявлена диастолическая дисфункция левого желудочка (ЛЖ) (Е/А – 0,73±0,07). В контрольной группе она была выражена меньше. Наряду с этим, у 80% больных регистрировалась концентрическая гипертрофия ЛЖ. У всех больных основной группы наблюдались нарушения липидного обмена. Стратегия лечения ЭГ у больных СД 2 типа требует комплексного подхода и включает как немедикаментозные методы (изменения образа жизни и т.п.), так и медикаментозную терапию. Активация симпатической нервной системы, высокая распространенность диастолической дисфункции у данной категории больных диктует необходимость назначения ингибиторов АПФ (иАПФ) и β адреноблокаторов (β–АБ). К β–АБ до настоящего времени относились сдержанно из-за негативных метаболических эффектов. Однако, α и β–АБ карведилол (Акридилол, фармацевтической компании Акрихин, Россия) с вазодилатирующими свойствами практически не влияет на метаболизм глюкозы и чувствительность тканей к инсулину, не усугубляет нарушений липидного обмена. По нашим данным, лечение ЭГ у больных СД 2 типа иАПФ в сочетании с акридилолом (доза препарата титровалась от 6,25–12,5 мг/сут) привело к достижению «целевого» уровня АД. Альтернативной указанной комбинации гипотензивных средств являлся комплекс: иАПФ + антагонисты кальция (дилтиазем, амлодипин).

Через 6 месяцев наблюдения под влиянием гипотензивной терапии (иАПФ + акридилол) отмечались нормализация суточного профиля АД по данным СМАД и уменьшение диастолической дисфункции ЛЖ., по сравнению с пациентами принимающих иАПФ + антагонисты кальция.

Заключение. Для эффективного лечения ЭГ у больных СД 2 типа целесообразно использовать иАПФ в сочетании с α и β–АБ акридилолом.

0124 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ПЕРИНДОПРИЛОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Боровков Н.Н., Носов В.П., Королева Л.Ю.
ГОУ ВПО «НижГМА Росздрава», Нижний Новгород, Россия

Цель исследования: оценить динамику основных показателей спектрального анализа вариабельности сердечного ритма (ВСР) на фоне 12 месячной терапии периндоприлом (П) артериальной гипертензии (АГ) у лиц пожилого возраста.

Материалы и методы: пролечены 68 пациентов (18 мужчин и 50 женщин, средний возраст 69 лет) с неосложненной АГ 1-3 степени с поражением органов-мишеней, стратификационного риска 3-4. Длительность заболевания составила 12 лет. Систоло-диастолическая (СД) АГ имела место у 51 человека (75%), изолированная систолическая (ИС) – у 17 больных (25%). Использовался однократно утром П (престариум, фармацевтическая группа ServIer, 4 мг/сутки). На 30 сутки при недостаточном снижении АД доза П удваивалась или добавлялся гидрохлортиазид (гипотиазид, ChInoIn, 12,5-25 мг/сутки). Проводились суточное мониторирование артериального давления и спектральный анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР) (до лечения и 12 месяц терапии).

Результаты: эффективная терапия АГ у лиц в возрасте 65 лет и старше характеризовалась прогрессирующим значимым снижением доли монотерапии П (1 месяц – 47 (69,12%) больных, 3 месяц - 42 (61,77%), 12 месяц - 16 (23,52%) человек) в сравнении с его комбинацией с гидрохлортиазидом. К 12 месяцу терапии было зафиксировано преобладание тонуса парасимпатического звена вегетативной нервной системы: (увеличение полного спектра частот (TP) в 3,18 раза, $p<0,05$) за счет снижения симпатических (уменьшение относительных значений мощности низких частот (LF% и LFnorm) на 58,11%, $p<0,01$ и на 62,84%, $p<0,05$ соответственно) и роста парасимпатических (абсолютное и относительное значения мощности высоких частот (HF и HF%) в 6,79 раза, $p<0,05$ и в 2,22 раза, $p<0,01$) влияний до степени выраженной парасимпатикотонии. Лечение П подавляло активность центральных эрготропных и гуморально-метаболических механизмов в условиях СД АГ против ИС (снижение относительного значения мощности очень низких частот (VLF%) с 44,54±6,24% до 35,92±6,91% vs повышения с 36,65±7,88% до 51,57±3,31% соответственно, $p < 0,05$).

Выводы: длительное использование П характеризуется развитием парасимпатикотонии вследствие угнетающего воздействия как на сегментарный симпатический контур регуляции, так и исходно увеличенную активность центральных эрготропных и гуморально-метаболических механизмов регуляции ВСР, более выраженную в условиях СД АГ. Это дает основание к использованию данного препарата или его комбинации с гидрохлортиазидом в случае комбинированной АГ у лиц пожилого возраста.

0125 ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИЛТИАЗЕМА РЕТАРД В КАЧЕСТВЕ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ

Боровков Н. Н., Добротина И. С., Соловьянова Е. Н., Пирожников В. А.
Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород, Россия

Широкая распространенность в популяции, наряду с гипертонической болезнью (ГБ), бронхиальной астмы (БА) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), а также более частое развитие осложнений гипотензивной терапии у больных сочетанной кардиопульмональной патологией делают актуальным подбор эффективных и безопасных лекарственных средств.

Целью настоящей работы была оценка влияния блокатора кальциевых каналов дилтиазема ретард (ДР) на уровень артериального давления (АД), состояние гемодинамики и выраженность нарушений бронхиальной проходимости у больных ГБ в сочетании с хронической бронхиальной обструкцией.

Материалы и методы. В открытое исследование было включено 30 больных (16 женщин, 14 мужчин) с мягкой и умеренной АГ, находящихся в пульмонологическом отделении. БА имело 11 человек, ХОБЛ – 12, сочетание БА и ХОБЛ – 7. Возраст составил от 39 до 69 лет (51,3±2,7 года). До госпитализации в качестве гипотензивной терапии 19 пациентов получали ингибиторы АПФ, 6 – ингибиторы АПФ и диуретики, 5 - бета-адреноблокаторы. «Отмывочный» период не проводился. В качестве гипотензивной терапии назначался ДР в начальной дозе 180 мг в сутки. Исходно, через 1 и 10 суток оценивались уровень АД, ЭКГ, и функция внешнего дыхания (форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха в 1 секунду (ОФВ1), проба Тиффно, мгновенная объемная скорость при выдохе 25%, 50%, 75 % ЖЕЛ (МОС25, МОС50, МОС75).

Результаты исследования. При поступлении исходный уровень артериального давления (АД) составил 162±5,6 и 96±4,1 мм рт.ст. Через 10 суток систолическое АД уменьшилось в среднем на 10,9%, диастолическое АД – на 12,5%. Исходно сниженные скоростные показатели ФВД имели тенденцию к увеличению. Интервал PQ ЭКГ достоверно не изменился.. Исходная ЧСС в минуту составила 84,0±6,2, снизилась в первые сутки в среднем на 12,5%, достигнув к 10 суткам почти первоначального уровня (80,9±3,7). Отсутствие гипотензивного эффекта зарегистрировано у 3 пациентов, исходно находившихся на комбинированной терапии, что потребовало добавления диуретиков. Плохая переносимость препарата была отмечена в 1 случае (головная боль).

Выводы. Блокатор кальциевых каналов дилтиазем ретард – эффективное и безопасное гипотензивное средство у больных АГ в сочетании с БА и ХОБЛ, которое не ухудшает бронхиальную проходимость и гемодинамические показатели.

0126 АВТОМАТИЧЕСКОЕ ИЗМЕРЕНИЕ АД У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ – ВОЗМОЖНОСТЬ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО КОНТРОЛЯ АД

Борщевская М.В.
ГОУ ВПО «Российский» Москва, Россия

Цель: клиническое тестирование автоматического тонометра Tensoval duo control («PAUL HARTMANN» Германия) у 50 больных с постоянной формой фибрилляции предсердий (ФП).

Методы: ЭКГ, Холтеровское мониторирование ЭКГ; в качестве метода сравнения использовалось измерение АД ртутным сфигмоманометром, а также сфигмоманометром МТ-10 («MedITech», USA).

Результаты: В тестировании автоматического тонометра Tensoval duo control приняли участие 50 больных с постоянной формой мерцательной аритмии (27 мужчин и 23 женщины) ГВВ №2 терапевтических, кардиологических и неврологического отделений. Средний возраст пациентов составил 80,01±6,59 лет (от 59 до 92 лет). У всех больных был длительный анамнез ИБС, ЦВБ. АГ страдали все пациенты. У 14 (28%) больных отмечалась брадисистолическая форма ФП, у 36 (72%) пациентов – нормо- или тахисистолическая форма ФП. У 5 больных наблюдался синдром тахи-бради. У всех больных был резко выраженный неправильный ритм, что явилось обязательным критерием включения в тестирование. Каждому больному проводилось 3-х кратное измерение АД с интервалом в 3 минут каждым из приборов (ртутным тонометрам, сфигмоманометром и автоматическим тонометрам).

Для всей группы больных с ФП различия значений АД составили 2.64 мм рт.ст. для САД и 1,48 мм рт.ст. для ДАД для Tensoval duo control от эталонного (ртутного) сфигмоманометра. У большинства больных (36 человек – 72%) с нормо- и тахисистолической формами ФП средние отличия значений Tensoval duo control от эталонного (ртутного сфигмоманометра) составили 2,19 мм рт.ст. и 1,17 мм рт.ст. (для САД и ДАД соответственно). У 14 (28%) больных с брадисистолической ФП (ЧСС <60 сокращений в минуту) средние отличия значений Tensoval duo control от эталонного (ртутного сфигмоманометра) составили 3,83 мм рт.ст. и 2,29 мм рт.ст. (для САД и ДАД соответственно), что не превышает среднестатистическую погрешность для измерительных приборов. Уровень АД, сопутствующая НК или другая патология не влияли на точность измерений.

Выводы: Проведенное клиническое тестирование автоматического тонометра Tensoval duo control («PAUL HARTMANN» Германия) (с инновационной технологией измерения АД по аускультативному феномену Короткова и осциллометрическому методу) у больных с постоянной формой ФП пожилого и старческого возраста показало, что точность измерений АД с помощью Tensoval duo control практически соответствует таковой при измерении ртутным (эталонным) тонометром. Выявленная разница показателей не является драматической и соответствует диапазону погрешности метода измерения АД.

Полученные нами данные, а также результаты тестирования автоматического тонометра Tensoval duo control в клиниках Германии и Великобритании показали, что как у пациентов, так и у врачей появилась возможность достаточно точного измерения АД при ФП автоматическим тонометром с подсчетом средней частоты сердечных сокращений. Данный прибор позволяет

пациентам проводить самоконтроль АД (СКАД) в домашних условиях с высокой точностью.

0127 ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Бочкарева Ю.В.
ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Пенза, Россия

Цель исследования: изучить распространенность тревожно-депрессивных расстройств у больных с метаболическим синдромом.

Материалы и методы исследования: Обследовано 45 пациентов (30% мужчин и 70% женщин) с метаболическим синдромом; средний возраст на момент включения составил 48,3±6,43 года. Диагноз метаболического синдрома устанавливался на основании критериев, предложенных в Российских рекомендациях ВНОК, 2007 года. Комплекс исследования психологического статуса пациентов включал опросник депрессии Цунга, MMPI, шкалу депрессии Гамильтона (HDRS), опросник Спилберга-Ханина для оценки личностной и ситуационной тревожности.

Результаты: У 72,6% больных выявлены депрессивные расстройства, при этом лёгкая депрессия отмечалась у 38,3% пациентов с метаболическим синдромом, депрессия средней тяжести у 30,1%; а у 4,2% больных депрессивное расстройство было квалифицировано как тяжёлое. В структуре депрессивных состояний преобладали соматовегетативные нарушения (слабость, сердцебиение, головные боли, головокружение, повышенная потливость). Наблюдалась ипохондрия с преувеличением тяжести заболевания, обострённым самонаблюдением. Выявлены стойкие нарушения сна: трудность засыпания, раннее пробуждение, а также большая распространенность синдрома нарушенного дыхания во сне. Определённое место занимали симптомы астении, проявляющиеся повышенной слезливостью, вялостью, разбитостью. Кроме того, у больных метаболическим синдромом отмечены повышенные уровни личностной (52,3±3,4) и в большей степени реактивной тревожности (57,2±3,9).

Выводы: У больных метаболическим синдромом выявлены тревожно-депрессивные расстройства. При обследовании и лечении больных с метаболическим синдромом необходимо учитывать возможность коморбидности с тревожно-депрессивными расстройствами, наличие которых отягощает течение и исходы заболевания.

0128 СОДЕРЖАНИЕ ОКСИДА АЗОТА У ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ

Бродовская Т.О., Теплякова О.В., Мазеин Д.А.**
ОКБ № 1, Екатеринбург, Россия; *Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург, Россия

Известно, что оксид азота играет важную роль в регуляции сосудистого тонуса, сократительной активности миокарда, свертываемости крови и клеточной пролиферации. Поскольку эндотелий высоко чувствителен к действию радиоактивного излучения, вероятно, что повреждающее действие радиации приведет к снижению активности эндотелиальной синтетазы оксида азота, что в последующем может вызвать абсолютный или относительный дефицит оксида азота.

Цель исследования: оценить содержание оксида азота у участников ликвидации последствий аварии (ЛПА) на ЧАЭС.

Методы исследования. Совместно с Центральной научно-исследовательской лабораторией УГМА нами оценивался уровень оксида азота у 20 ЛПА (средний возраст 53,1 года) в 1986-87гг и 20 мужчин, не подвергавшихся действию ионизирующего излучения. Все пациенты были сопоставимы по полу (все мужчины), возрасту и имеющейся патологии. Использовался непрямой фотометрический метод, основанный на определении стабильных метаболитов оксида азота – нитрита и нитрата в реакции Грисса. Для восстановления нитрата до нитрита применяли инкубацию с кадмием. Результаты представлены в формате M±σ.

Результаты. По результатам проведенного исследования установлено достоверное превышение уровня оксида азота сыворотки крови у здоровых лиц (25,21±3,06 мкмоль/л) над показателями ЛПА с ГБ (16,55±8,11 мкмоль/л; $p<0,0001$).

Нами установлена обратная корреляционная связь между концентрацией оксида азота и уровнем общего холестерина у ЛПА ($r=-0,38$, $p=0,04$), что может свидетельствовать о процессах атерогенеза. Кроме того, отмечена положительная корреляция между значением оксида азота и снижением вазомоторной функции эндотелия у ЛПА по результатам ультразвукового исследования. ($r=0,57$, $p=0,02$),.

Выводы. Воздействие ионизирующего излучения в условиях аварийно-восстановительных работ на ЧАЭС с учетом его неблагоприятного влияния на синтез оксида азота, может являться дополнительным фактором риска развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний.

0129 ОСОБЕННОСТИ СКОРОСТНЫХ ПАРАМЕТРОВ КРОВОТОКА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Брояка Н.А., Сенчихин В.Н., Коростова Е.А., Лямина Н.П.
ФГУ Саратовский НИИ кардиологии, Саратов, Россия

Цель работы заключалась в изучении особенностей параметров линейного кровотока на уровне артерий крупного, среднего и мелкого калибров у лиц мужского пола молодого возраста с артериальной гипертонией I стадии, с различной вариабельностью АД, без клинических признаков атеросклероза.

Материалы и методы обследовано 44 пациента с АГ I стадии (ср. возраст 31,9±1,14 лет), имеющих гипертензивный анамнез до 5 лет, (ср. длительность АГ 2,01±0,21 лет), с 25,0<ИМТ<35,0 (ср. ИМТ 26,34±1,17). Группу сравнения составили 12 клинически здоровых пациентов. Пациенты с АГ и клинически здоровые лица были сопоставимы по возрасту и ИМТ. По результатам суточного мониторирования АД (AND, TM 2421), пациенты были разделены на две группы: I группа (n-20) - с нормальной вариабельностью АД (ВарАД), II группа (n-24) - с повышенной ВарАД, сопоставимые по возрасту, ИМТ, выраженности факторов риска. Всем в спектральном доплеровском режиме определяли линейные скорости кровотока: пиковую систолическую скорость кровотока (Vps), максимальную конечную диастолическую скорость кровотока (Ved), усредненную по времени максимальную скорость кровотока (TAMX), усредненную по времени среднюю скорость кровотока (TAV) на уровне общей сонной, плечевой и лучевой артерии на ультразвуковом сканере TOSHIBA (Япония), линейным датчиком 7,5 МГц.

Результаты. При оценке вариабельности АД получено, что у 55,5% обследованных лиц молодого возраста с АГ I стадии, имеющих непродолжительный анамнез АГ регистрировалась повышенная вариабельность АД: у 72% больных только в дневное время суток, у 28%, как в дневное, так и в ночное время суток, изолированного повышения вариабельности в ночное время выявлено не было. Анализ скоростных показателей выявил достоверное увеличение скоростных показателей у лиц с АГ на уровне сосудов мелкого калибра по сравнению с аналогичными показателями гр. контроля: в I гр. Vps на 14,2%, Ved на 12,5%, TAMX на 13,4%, TAV на 14,0%, в II гр. Vps на 27,0%, Ved на 38,5%, TAMX на 23,8%, TAV на 22,1% соответственно. На сонной и плечевой артерии достоверных изменений по скоростным показателям по сравнению с группой контроля не выявлено.

Выводы. В молодом возрасте у пациентов с АГ, не имеющих клинических признаков атеросклероза уже на начальной стадии заболевания определяется увеличение скорости кровотока на уровне сосудов мелкого калибра, и особенно у лиц имеющих повышенную вариабельность АД. У каждого второго пациента в молодом возрасте даже с непродолжительным анамнезом АГ выявляется повышение вариабельности АД, преимущественно в

дневное время и у каждого четвертого из них, как в дневное, так и ночное время.

0130 НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Брылякова С.Е., Логачёва И.В., Романова З.Д.
ГОУ ВПО ИГМА, ГУЗ РКДЦ МЗ УР, Ижевск, Россия

Цель. Изучить непосредственные и отдалённые результаты транслюминальной коронарной балонной ангиопластики (ТБКА) и стентирования у больных ишемической болезнью сердца.

Методы исследования. В работу включено 62 больных (мужчины) с ИБС, которым проведена ТБКА со стентированием. Средний возраст больных составил 53,3±0,85 года. Процедура ТБКА проводилась на установке SIEMENS AXIOM ARTIS (Германия). У 48 больных (78%) использовались стандартные металлические стенты, стенты с антипролиферативным покрытием Cypher применялись у 14 больных (22%). У 25 больных (40,3%) показанием к ТБКА являлся острый инфаркт миокарда. У 12 пациентов (19,3%) давность инфаркта миокарда составляла от 2 до 14 дней. У 13 человек (20,9%) срок инфаркта миокарда составлял от 14 дней до 2 месяцев. У 26 больных (41,9%) поводом для ТБКА являлась стенокардия напряжения ФК II-IV, у 8 пациентов (12,9%) наблюдалась нестабильная стенокардия, у 3 (4,8%) – диагностирована безболевая ишемия миокарда. У 53 больных (85,4%) ИБС сочеталась с гипертонической болезнью. У 54 больных (87%) диагностирована дислипидемия. Инфаркт миокарда в анамнезе диагностирован у 15 человек (24,1%).

При рентгеноэндоваскулярном лечении использовался трансфеморальный доступ. Всем пациентам после ТБКА проведено обследование, включающее электрокардиографию, ЭХО-кардиографию, холтеровское мониторирование ЭКГ, велоэргометрию.

Полученные результаты. Непосредственный успех ТБКА – (хороший ангиографический результат без кардиальных осложнений) регистрировался у 54 пациентов (87%). В отдалённом периоде после ТБКА 47 больных (75%) отметили улучшение самочувствия, уменьшение или исчезновение болей за грудиной, уменьшение одышки, отсутствие перебоев в работе сердца; у 15 больных (39,5%) приступы стенокардии не возобновлялись; у 9 респондентов (23,7%) ангинозные боли возникали с той же частотой, что и до ТБКА. В последующем 2 пациентам была выполнена операция коронарного шунтирования. При анализе непосредственных и отдалённых результатов ТБКА у 38 пациентов на госпитальном этапе положительный клинический результат в виде отсутствия ангинозных болей зарегистрирован у 35 больных (91,1%). В отдалённом периоде ангинозные боли отсутствовали у 15 пациентов (39,5%). Возврат ангинозных болей зависел от давности заболевания, распространённости поражения коронарных артерий и результатов вмешательства.

Заключение. Хорошие непосредственные и отдалённые результаты ТБКА позволяют считать эндоваскулярный метод эффективным и перспективным в лечении больных ИБС. Применение ТБКА в комплексном лечении ИБС позволяет улучшить клиническое течение заболевания, уменьшить смертность, частоту развития острого инфаркта миокарда и количество последующих операций коронарного шунтирования, изменить частоту возможных коронарных событий и улучшить отдалённый прогноз.

0131 ИССЛЕДОВАНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ НЕМОДИНАМИКИ У ЖЕНЩИН ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИЛДРОНАТОМ

Булашова О.В., Матвеева Т.В., Фалина Т.Г., Фалина Д.М., Костромова Н.А., Кирилова Ю.А.
КГМУ, Казань, Россия. Межрегиональный клинико-диагностический центр, Казань, Россия

В структуре обращаемости по поводу сердечно – сосудистых заболеваний пациенты с сочетанной цереброваскулярной и кардиальной патологией занимают ведущее положение. Улучшение качества и своевременности профилактических осмотров определило рост выявляемости сосудистой патологии головного мозга с начальными проявлениями нарушения мозгового кровообращения на фоне хронической сердечной недостаточности (ХСН) I и II функциональных классов (ФК). По данным исследований у женщин данная ассоциация встречается чаще, чем у мужчин. Целесообразно использование в лечении такого рода больных препарата, обладающего сочетанным кардио– и церебропротектерным действием,

Целью работы было изучение скорости мозгового кровотока методом транскраниальной допплерографии (ТКДГ) у женщин с хронической ишемией мозга (ХИМ) в сочетании с ХСН при терапии.

В группу исследования вошли 20 женщин, средний возраст - 59,8±8,6г с ХСН в сочетании с ХИМ. Исключались больные с гемодинамически значимыми стенозами магистральных артерий головы. Другие вазоактивные и ноотропные препараты были исключены за месяц до исследования. Терапия милдронатом проводилась 40 дней в дозе 500 мг в сутки на фоне общепринятой базовой терапии ХСН. Оценивались клиническое состояние и церебральный кровоток до и после лечения милдронатом. Состояние мозгового кровотока изучалось методом ТКДГ с проведением функциональных тестов на реактивность артерий головы.

Исследование показало позитивные сдвиги в неврологическом и кардиологическом статусе больных, что подтверждалось достоверным увеличением параметров скорости церебрального кровотока. Были получены данные о положительном влиянии милдроната у женщин с ХИМ в сочетании с ХСН преимущественно в бассейне вертебробазилярного бассейна.

0132 НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Бунова С. С.
ГОУ ВПО Омская государственная медицинская академия Росздрава, Омск, Россия

Цель исследования. Определить вклад нейрогуморального профиля в формирование и поддержание гипертонической болезни.

Материал и методы. В проведенное исследование методом «лотерейной» рандомизации было включено 87 пациентов с гипертонической болезнью (ГБ), средний возраст 47,7±7,4 года, средняя длительность заболевания 11,1±9,4 года. Диагноз ГБ был поставлен согласно критериям ВОЗ и ВНОК, с обязательным исключением симптоматических артериальных гипертензий. В исследовании участвовали только больные ГБ I–II стадий, 1–3 групп риска. Всем пациентам проводилось определение уровня серотонина сыворотки крови и адренореактивности организма. Для оценки адренореактивности симпатоадреналовой системы всем пациентам определяли уровень бета-адренореактивности организма методом изменения осморезистентности эритроцитов под влиянием бета-адреноблокаторов. В качестве контрольной группы мы обследовали 40 здоровых добровольцев, сопоставимых по возрасту с больными ГБ. В процессе статистической обработки данных применялись: описательная статистика, критерий Манна-Уитни. Статистически значимыми принимали данные при α=0,05. Полученные данные представлены в виде M±s, где M – это среднее значение, s – среднее квадратическое (стандартное) отклонение.

Результаты исследования. В ходе проведенного исследования в группе пациентов с ГБ и контрольной группе получены следующие результаты: адренореактивность у больных ГБ – 19,8±11,3 у.е., в контрольной группе – 11,3±6,4 у.е.; уровень серотонина пациентов с ГБ - 247,2±149,7 ng/ml, в контрольной группе –

125,3±88,6 ng/ml. В процессе проведения сравнительного анализа различий в двух, не связанных группах, больные ГБ и контрольной, с использованием критерия Манна-Уитни выявлены статистически значимые различия по уровню адренореактивности (Z=3,5; p-level =0,000432) и по уровню серотонина (Z=3,3; p-level =0,000937). Повышение уровня адренореактивности выявлено у 52,2% больных ГБ, а уровня серотонина у 56,8% больных ГБ.

Выводы. В результате проведенного исследования нейрогуморального профиля у пациентов с ГБ выявлено статистически значимое увеличение уровня адренореактивности организма и серотонина, в сравнении с контрольной группой. Полученные данные свидетельствуют, что у больных ГБ имеющих гиперактивность симпатической нервной системы и серотониновой системы, в процессе формирования и поддержания ГБ играет роль двойственный характер стимуляции тонуса сосудов. Однако, вклад этих двух систем в развитие ГБ составляет только 52,2% и 56,8% соответственно, что доказывает многофакторность патогенеза ГБ и определяет необходимость детального обследования каждого пациента с ГБ.

0133 ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Бунова С. С.
ГОУ ВПО Омская государственная медицинская академия Росздрава, Омск, Россия

Цель исследования. Определить вклад особенностей психоэмоционального статуса в формирование и поддержание гипертонической болезни.

Материал и методы. В проведенное исследование методом «лотерейной» рандомизации было включено 87 пациентов с гипертонической болезнью (ГБ), средний возраст 47,7±7,4 года, средняя длительность заболевания 11,1±9,4 года. Диагноз ГБ был поставлен согласно критериям ВОЗ и ВНОК, с обязательным исключением симптоматических артериальных гипертензий. В исследовании участвовали только больные ГБ I–II стадий, 1–3 групп риска. Всем пациентам проводилось определение психоэмоциональных особенностей с помощью психологического тестирования: методики определения уровня ситуативной и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга (адаптирована Ю.Л. Ханиным), госпитальная шкала тревоги и депрессии (по ZIgmond A., SnaIth R.), шкала депрессии Цунга (тест адаптирован в НИИ им. Бехтерева Г.И. Балашовой), госпитальная шкала тревоги и депрессии (по ZIgmond A., SnaIth R.), опросник А. Баса, А. Дарки, Торонтская шкала алекситимии. В процессе статистической обработки данных применялись: описательная статистика, кластерный анализ. Статистически значимыми принимали данные при α=0,05.

Результаты исследования. С целью поиска закономерностей группирования пациентов с ГБ в отдельные локальные подмножества или кластеры по результатам полученных данных психологического тестирования мы провели кластерный анализ. В результате были получены статистически достоверные данные, позволяющие разделить всех пациентов с ГБ на 3 группы. Достоверность полученных различий доказана дисперсионным анализом, различия по всем характеристикам статистически значимы. В результате нами получены данные, позволяющие разделить всех пациентов с ГБ на 3 группы: в 1 группу вошли 25 пациентов с высоким уровнем агрессивности, что составило 28,7%, 2 группу составили 34 больных ГБ с высоким уровнем личностной и ситуативной тревожности и высоким уровнем враждебности (39,1%), в 3 группе объединились пациенты без изменений эмоционального профиля – данная группа составила 32,2%, 28 больных ГБ.

Выводы. Полученные результаты доказывают тот факт, что дисфункция психоэмоционального статуса у пациентов с ГБ встречается у 67,8% больных ГБ, а 32,2% пациентов с ГБ не имеют диагностически значимых изменений эмоционального профиля. Очевидно, что у этой группы больных ГБ ключевую роль в формировании и поддержании ГБ играют соматические факторы. Таким образом, 1/3 пациентов с ГБ, по результатам нашего исследования, нуждается в проведении стандартных терапевтических мероприятий без учета их психоэмоционального статуса. В то время как, 67.8% больных ГБ требуется проведение коррекции, имеющейся психоэмоциональной дисфункции, с привлечением опытных психотерапевтов, психологов и/или дополнительным назначением психофармакологических препаратов.

0134 МОДЕЛИРОВАНИЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: ВОЗРАСТНЫЕ И НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Бурлова Е.С., Провоторов В.М.
ГОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н. Бурденко Росздрава», Воронеж, Россия

Цель работы. В исследовании планировалось на основе системного подхода повысить эффективность прогнозирования клинического течения ХСН на ранних стадиях у больных пожилого возраста.

Материал и методы. В исследование было включено 39 мужчин и 38 женщин (средний возраст 66,38±0,49 лет), у которых основной причиной ХСН была ИБС и/или АГ. Давность ХСН составила 2,080,11 лет. Все больные получали стандартную терапию указанных заболеваний и ХСН. Пациентов наблюдали в течение 1 года. Всем больным при включении в исследование, через 6 и 12 месяцев проводилось комплексное клинико-инструментальное и лабораторное обследование с анализом жалоб, данных анамнеза и объективных методов исследования. Определяли эндотелин-1, мозговой (МНП) и предсердный натрийуретический пептид (ПНП), альдостерон иммуноферментным методами. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ STATGRAPHICS 5.1 Plus for WIndows.

Результаты и обсуждение. Оценка нейро-гуморального континуума у больных ХСН выявила следующие закономерности. Мозговой натрий-уретический пептид (МНП) превышал нормальные значения у всех пациентов, его средний уровень составил 503,7±19,7 пг/мл. Аналогичная закономерность выявлена для предсердного натрий-уретического пептида и эндотелина-1 – у всех пациентов он был повышен и составил 5,48±0, и 1,84±0,09 11 пмоль/л. Уровень альдостерона не превышал нормальные значения у 39 пациентов (50,7%). Дисперсионный анализ показал, что в первой подгруппе больных в течение 12 мес. наблюдения произошло достоверное повышение уровня альдостерона с 244,2±11,1 пг/мл до 293,7±8,8 пг/мл. Анализируемый показатель превысил нормальные значения у 8 человек из 39 пациентов (20,5%). С применением регрессионного анализа нами построена модель, позволяющая предсказывать изменение фракции выброса (ФВ) левого желудочка в зависимости от нейро-гуморального континуума в процессе прогрессирования ХСН у лиц пожилого возраста с учетом исходно нормальных значений альдостерона. Модель имеет вид: ФВ =56,8404–0,887684*Эндотелин-1–0,00320882* ПНП–0,00343465*МНП–0,00689534* Альдостерон и является статистически значимой на 99%-ном доверительном интервале. Для прогнозирования развития у пациентов развития диастолической дисфункции левого желудочка применили логистический регрессионный анализ, который позволил создать модель, корректно определяющую вероятность этого события (0 – нет, 1 – развитие диастолической дисфункции левого желудочка). Модель имеет вид: Prob (event) = exp(eta)/(1+exp (eta)), где Prob (event) – вероятность достоверного развития диастолической дисфункции, eta=-10,1323+0,68008*Эндотелин-1+0,00748871 *Альдостерон–0,00765749* МНП+0,465585*ПНП+0,132481 *АГ=1, (p=0,0004).

Выводы. Предложенные модели позволяют прогнозировать течение ХСН на начальных стадиях, что важно для разработки эффективного плана лечебно-профилактических мероприятий у пожилых больных.

0135 АНАЛИЗ ТЕРАПИИ ПРОВОДИМОЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Быкова Е.Г., Леонова И.А., Иванова М.И., Болдуева С.А.

Санкт-Петербургская Государственная медицинская академия им. Мечникова И.И. Кафедра факультетской терапии с курсом интервенционной кардиологии, Санкт-Петербург, Россия

Целью нашего исследования было изучение особенностей проводимой терапии у больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) в остром периоде и через 1 год.

Материалы и методы: нами проанализировано лечение, проводимое пациентам в остром периоде ИМ и через 1 год. 1 группу составили 359 пациентов, включенных в исследование с 1998г по 2003г, во 2 группу было включено 401 пациента, госпитализированных с ИМ, в период с 2004г по 2006г.

Результаты: Частота назначения дезагрегантов в остром периоде ИМ в 1 и 2 группах достоверно не различалась (350(97,5%) и 388(96,8%), p=0,5), в то время как через год частота приема дезагрегантов у пациентов 2 группы достоверно увеличилась (186 (72,9%) и 225 (80,9%), p=0,03). Обращает на себя внимание, увеличение частоты назначения препаратов из группы бета-блокаторов (381 (95%) против 285 (79,4%), p=0), ИАПФ (381 (95%) против 280 (78,0%), p=0) и статинов (281 (70,1%) против 32 (8,9%), p=0) как в остром периоде ИМ, так и комплаенс данных рекомендаций через год: бета-блокаторов (195 (70,1%) против 125 (49,0%), p=0), ИАПФ (1811 (65,1%) против 123(48,2%), p=0) и статинов (106 (38,1%) против 13 (5,1%), p=0). Терапия проводимая во 2-ой группе достоверно уменьшала потребность в назначении таблетированных форм препаратов из группы нитратов как в острый период ИМ (209 (52,1%) против 306 (85,2%)), так и через год (105(37,8%) против 129 (50,6), p=0,0008). В тоже время частота назначение антагонистов кальция и сердечных гликозидов в изучаемых группах достоверно не отличалась.

В период с 2004 по 2006 год достоверно чаще выполнялись: системный тромболизис (17 (4,7%) и 120 (29,9%), p=0), а также ангиопластика и стентирование инфаркт связанной артерии (22 (6,1%) и 50 (14,5%), p=0,0002), в то время как частота выполнения аорто-коронарного шунтирования в изучаемые периоды не менялась.

Частота развития внезапной кардиальной смерти в первый год наблюдения у пациентов 1 группы была достоверно выше (24 человека (6,1%), чем у пациентов 2 группы 13 человек (3,1%), (p=0,04).

Выводы: следование современным требованиям лечения острого ИМ, а также приверженность лечению через 1 год у больных, перенесших ИМ, включенных в исследование в период с 2004г по 2006г были выше. Снижение частоты внезапной кардиальной смертности на первом году после перенесенного ИМ во 2 группе вероятно зависело от проводимой терапии в остром периоде и комплаенса данных рекомендаций через год.

0136 АНАЛИЗ БИОХИМИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К АСПИРИНУ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Вавилова А.В., Дорофейков В.В., Иванов В.И., Кулешова Э.В.
ФГУ «Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург, Россия

На фоне регулярного приема аспирина (АСК) в стандартных терапевтических дозах отмечаются повторные сердечно-сосудистые события (ССС) в 20% случаев. В настоящее время перед клиницистами остро стоит задача резистентности к терапии аспирином у пациентов с ИБС. Частота встречаемости этого явлении по данным различных авторов от 5 до 48% случаев. В настоящее время нет стандартной методики для определения аспиринорезистентности.

Цель работы: оценка чувствительности к АСК у больных ИБС и анализ связи перенесенных сердечно-сосудистых эпизодов с приемом АСК.

Материалы и методы: В 2007-2008 году в ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» было обследовано 42 пациента с различными формами ИБС: 26 (62%) пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) с и без зубца Q, 2(5%) больных с ОКН, 8 (19%) пациентов с нестабильной стенокардией, у 3 (7%) пациентов сочетание ИМ и ОНМК и у 3 (7%) больных стабильное течение ИБС. Все пациенты получали терапию аспирином, в средней дозе 100мг (50-125 мг в сутки) на протяжении от 2 месяцев до 10 лет. Регулярно принимали аспирин 28 пациентов, 14 пациентов - принимали периодическими курсами. Для выявления биохимической резистентности к аспирину в ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» был разработан метод, который основан на импедансной агрегатометрии в цельной крови с индуктором агрегации АДФ. Осуществлялось тестирование агрегационной активности тромбоцитов, стимулированной АДФ в конечной концентрации 5,0 мкмоль/л, до и после инкубирования крови с АСК. По полученным результатам рассчитывалась степень подавления амплитуды индуцированной агрегации в процентах. Чувствительность к АСК оценивалась по следующим критериям: подавление амплитуды индуцированной агрегации <40% - пониженная чувствительность, от 40 до 60%- нормальная, и >60%- повышенная.

Результаты: при анализе групп пациентов с регулярным приемом АСК, было выявлено, что у 12 (43%) пациентов имелась биохимическая резистентность к аспирину, при этом у 4(33%) было полное отсутствие чувствительности к препарату. У группы с нерегулярным приемом АСК в 7(50%) случаях было зарегистрировано нарушение чувствительности к АСК, из них в 2 (40%) случаях полное отсутствие чувствительности к АСК. У пациентов с регулярным приемом АСК повторные сердечно-сосудистые события отмечались у 17 (61%) больных. В группе с нерегулярным приемом АСК повторные ССС встречались у 11 (78%) пациентов. Т.о. в исследуемых группах частота повторных сердечно-сосудистых событий составляет 66% (в 28 случаях).

С целью контроля было обследовано 24 здоровых донора сопоставимых по возрасту и полу, из которых снижение резистентности к АСК отмечена у 4 (16,6%) доноров; у 1 донора чувствительность к АСК отсутствовала.

Выводы: у пациентов с ИБС выявляется достоверно более высокая частота развития биохимической аспиринорезитентности чем у здоровых лиц. Скорость развития биохимической резистентности и ее взаимосвязь с клинической резистентностью к препарату требует дальнейшего изучения.

0137 ПРЕДИКТОРЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА В СВЯЗИ С КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКОЙ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Валуева Е.Н., Журавлева Т.Д., Абатурова О.В., Кремнева Л.В., Шалаев С.В.
Тюменский отдел Южно-Уральского научного центра РАМН, Тюменская медицинская академия, Тюмень, Россия

Целью исследования являлось изучение частоты и возможных предикторов повышения МВ-фракции креатинкиназы (КК) в связи с чрескожными коронарными вмешательствами (ЧКВ) у больных стабильной стенокардией (СС).

Материл и методы. В исследование включено 66 больных СС, перенесших ангиографически успешные ЧКВ. Средний возраст больных составил 55,6±7,7 лет, длительность ИБС – 3,5±4,3 лет. Больных с I ФК стенокардии было 1, II–27, III–30, IV–1 человек, безболевое течение ИБС отмечено в 7 случаях. Инфаркт миокарда давностью более 6 месяцев перенесли 37 больных. Сердечная недостаточность в рамках I ФК выявлена у 10, II ФК - у 46, III ФК - у 9 лиц. Артериальная гипертония (АГ) имелась у 53 (80,3%) больных, АГ 1 ст. - у 16, 2 ст. - у 8, 3 ст. – у 29 лиц. Длительность АГ составляла 9,4±8,6 лет. Компенсированный сахарный диабет (СД) легкой степени зарегистрирован у 3, средней тяжести - у 6, нарушенный тест толерантности к глюкозе (НТТГ) - у 2 лиц. Курили 22, избыточную массу тела имели 36, дислипидемию – 56 больных. Многососудистое поражение коронарных артерий зарегистрировано у 30, полисегментарное - у 34 больных. В период стационарного лечения все пациенты получали комбинацию клопидогрела в нагрузочной дозе 300 и поддерживающей - 75 мг в день с аспирином в дозе 100 мг в день, пролонгированные нитраты назначены 40, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента -

48, бета-блокаторы - 59, антагонисты кальция - 20, статины - 55 больным. До проведения ЧКВ определяли уровни в крови С-реактивного белка, нитритов, фракций липидов, циркулирующих иммунных комплексов, холестерина в иммунных комплексах, а также уровни КК, МВ-КК, СОЭ, количество лейкоцитов в крови. На следующее утро после ЧКВ повторно забирали пробы крови для исследования уровней КК и МВ-КК.

Результаты исследования. Повышенный уровень МВ-КК (>25 Ед/л) после ЧКВ зарегистрирован у 19 (28,8%) пациентов. Между группами больных с повышенными и «нормальными» значениями МВ-КК после ЧКВ не выявлено отличий по исходным клинико-биохимическим параметрам, показателям ЭхоКГ, состоянию коронарных артерий, характеристикам ЧКВ, проводившейся фармакотерапии. Между анализируемыми группами лиц установлены отличия (P<0,1) в длительности АГ (7,6±7,16 и 13,6±10,6 лет, P=0,061), числу больных с НТТГ, СД легкой и средней тяжести (P=0.04), уровню сахара крови (5,8±1,25 и 5,3±1,07 ммоль/л, P=0,07) и возрасту пациентов (53±6,2 и 57±8,1 лет, P=0,08). При логистическом регрессионном анализе предикторами случаев повышения МВ-КК после ЧКВ явились длительность АГ (P=0,032, ОР 1,093) и наличие нарушений углеводного обмена (P=0,017, ОР 6,701). При этом наличие нарушений углеводного обмена в виде нарушенного ТТГ или компенсированного СД легкой и средней тяжести увеличивало риск повышения МВ-КК в вязи с ЧКВ в 6.7 раза (от 1,4 до 31,9 раз), а продолжительность АГ 7,6±7,2 года и более – в 1.1 раза (от 1,1 до 1,2 раз).

Заключение. Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют, что наиболее значимым фактором, ассоциирующимся в повышением МВ - фракции КК в связи с ЧКВ являются нарушения углеводного обмена.

0138 ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ СТАТИНОВ В КОМБИНАЦИИ С ЖИРНЫМИ КИСЛОТАМИ КЛАССА ОМЕГА-3

Васильев А.П., Стрельцова Н.Н., Секисова М.А., Зыкова Е.Л.
Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Целесообразность использования статинов с целью первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений не вызывает сомнений. В то же время даже «агрессивная» липиднижающая терапия не обеспечивает нормализации всего липидного спектра крови, в частности содержания триглицеридов (ТГ), имеющих самостоятельное атерогенное значение. Данное обстоятельство предполагает более широкое назначение комбинированной терапии с целью воздействия на весь спектр липидных параметров.

Цель. В этой связи нам представляется актуальным оценить комбинированное действие статина (зокор) и омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК), обладающих не только гиполипидемическим, но и целым рядом других важных биологических эффектов.

Методы. Из 24 больных артериальной гипертонией (АГ) II-III степени (средний возраст 54,6±2,7 года) сформированы 2 группы: 1 (n=14) – пациенты, находящиеся на антигипертензивной терапии, и 2 (n=10) – пациенты, которые кроме антигипертензивной терапии более 3-х месяцев получают Зокор в дозе 10 мг/сут. Группы были равнозначны по возрастно-половому составу, степени АГ, антигипертензивной терапии. Всем больным на исходном этапе и через 1 месяц приема омега-3 ПНЖК в виде препарата эйкозавитол (производство Тюменского хим.-фарм. завода) из расчета 1,5 г омега-3 ПНЖК в сутки исследовали липидный спектр крови и микроциркуляцию методом лазерной допплеровской флоуметрии.

Результаты. Прием омега-3 сопровождался достоверным снижением уровня ТГ в крови у пациентов I группы с 3,2±0,4 ммоль/л до 1,9±0,15 ммоль/л. Остальные показатели липидного спектра не претерпели достоверных сдвигов. Прием Зокора в дозе 10 мг/сут в целом по группе не обеспечил достижения целевого уровня исследуемых липидов (ХС - 5,32±0,2 ммоль/л, ХС ЛПНП – 3,2±0,2 ммоль/л, ТГ – 2,2±0,2 ммоль/л). Добавление к терапии омега-3 ПНЖК привело к дополнительному и достоверному снижению ХС на 15,2%, ХС ЛПНП на18,4%, ТГ на 21,3%, которые достигли целевого уровня в крови: 4,5±0,3 ммоль/л, 2,6±0,1 ммоль/л, 1,7±0,2 ммоль/л. Кроме того, прием омега-3 ПНЖК сопровождался увеличением в обеих группах больных тканевой гемоперфузии и резерва капиллярного кровотока. В 1 группе больных эти показатели возросли на 22,8% и 12,8%, во 2 на 9% и 5,3% соответственно.

Выводы. Таким образом, восполнение существующего в настоящее время дефицита омега-3 ПНЖК обеспечивает потенцирование гиполипидемического эффекта статинов и улучшение показателей микроциркуляции, что, вероятно, связано как с нормализацией липидного спектра крови, так и с позитивным воздействием на функцию эндотелия.

0139 ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Васильев А.П., Стрельцова Н.Н., Секисова М.А., Терехова Ж.В.
Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Целью настоящего исследования явилась оценка особенностей функционального состояния микроциркуляции у больных АГ, а также у пациентов с сочетанием АГ с МС.

Методы. В исследование включено 73 больных АГ I-II степени в возрасте от 37 до 70 лет, из которых были сформированы 2 группы. В 1 группу вошли пациенты без клинико-лабораторных признаков МС (n=27; средний возраст 54,4±2,1 года). 2 группу составили больные с сопутствующим МС (n=46; средний возраст 54,8±1,2 года). Диагностика МС основывалась на критериях национального института здоровья США – АТР III (Adult Treatment Panel III). Группы больных были сопоставимы по возрастно-половому составу, степени и продолжительности клинических проявлений АГ. Всем больным определяли уровень общего холестерина (ХС) и триглицеридов (ТГ) в крови. Контрольную группу составили практически здоровые лица, (n=26; средний возраст 36,6±2,9 года). Микроциркуляцию исследовали методом лазерной допплеровской флоуметрии (ЛФД) на аппарате «ЛАКК-02». Оценивали следующие показатели: В частотных диапазонах оценивали амплитудный показатель Ас, представляющий пассивный фактор регуляции микрососудов. Кроме того, определяли миогенный тонус (МТ) и показатель шунтирования (ПШ). В ходе окклюзионной пробы оценивали резерв капиллярного кровотока (РКК), максимальную перфузию ткани в условиях реактивной гиперемии (ПМmax). Полученные данные обработаны методами вариационной статистики.

Результаты. Во 2-ой группе больных ХС и ТГ в крови достоверно превышало таковое в 1-ой группе пациентов на 9,5% и 73,7% соответственно. У больных АГ с МС зарегистрирован также рост МТ прекапиллярных сфинктеров на 20% (p<0,01). В этой же группе наблюдалось увеличение амплитуды сердечного ритма (Ас) на 36,4% (p<0,01) и увеличение показателя ПШ на 25% (1,25±0,05 ед. против 1,0±0,07 ед; p<0,01) по сравнению с контрольной группой. Проба с окклюзией продемонстрировала снижение у больных 2 группы по сравнению с установленной нормой кровенаполнения микрососудов в условиях реактивной гиперемии на 12,4% (p<0,001). Выявлено также достоверное снижение показателя ПМmax, который у пациентов с МС составил 11,7±0,35 перф.ед. против 15,5±0,7 перф.ед. у здоровых. У больных 1 группы этот показатель составил 12,9±0,7 перф.ед.

Заключение. Таким образом, принимая во внимание, что функциональное состояние периферического сосудистого русла во многом определяет тяжесть клинической картины и прогноз сердечно-сосудистых заболеваний, выраженные изменения на уровне микроциркуляции в значительной мере могут представлять собой материальный субстрат, позволяющий отнести пациентов с МС группу высокого риска. Изучение микроциркуляции в клинической практике даст возможность на-

метить пути оптимальной терапии, а также обеспечить объективный контроль в процессе ее проведения с помощью метода ЛДФ.

0140 ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ВЕТВЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В СТАЦИОНАРАХ ГОРОДА ТОМСКА В 2003-2007 ГОДАХ, ПО ДАННЫМ ПАТАЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ВСКРЫТИЙ

Васильцева О.Я., Дроздов В.Ф, Васильцев Я. С., Ворожцова И.Н., Карпов Р.С.
ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томский военно-медицинский институт, Томск, Россия

Актуальность проблемы тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) обусловлена тяжестью течения, высокой летальностью и трудностями её диагностики. Частота фатальной ТЭЛА составляет 60 случаев на 100 000 населения. Массивное эмболическое поражение легочных артерий прижизненно не диагностируется у 40-70% пациентов. Учитывая изложенное, мы провели анализ всех случаев тромбоэмболии ветвей легочной артерии, имевших место у больных, умерших в стационарах города Томска в период с 01.01.03г. по 31.12.07 гг. по данным патологоанатомических отделений, бюро медицинской статистики Томской области и Бюро судебно-медицинской экспертизы г. Томска.

Цель исследования. Изучить распространённость тромбоэмболии ветвей легочной артерии в стационарах города Томска в 2003-2007гг по данным протоколов патологоанатомических вскрытий, проанализировать имеющиеся диагностические ошибки и лечебную тактику при ведении пациентов с ТЭЛА.

Материалы и методы исследования. Исследованию были подвергнуты истории болезни и протоколы вскрытий больных, умерших в стационарах г. Томска у которых при патологоанантомическом исследовании выявлена ТЭЛА. Для достоверного анализа нами разработана анкета в которую вводились необходимые данные.

Результаты и обсуждение. Всего за период с 01.01.03г. по 31.12.07 г. умерло 17467 больных. Вскрыто 7792 умерших. ТЭЛА выявлена у 442 умерших. У всех пациентов тромбоэмболия была осложнением основного или сопутствующего заболеваний. В 217 случаях она являлась основной причиной смерти, а в 225 утяжеляла течение уже имеющейся патологии. ТЭЛА обнаружена у женщин в 275 случаях и у мужчин в 167. Наиболее часто она встречалась в возрастном интервале от 70 до 79 лет. Количество случаев в зависимости от локализации тромбоэмболии (массивная, субмассивная и субсегментарная формы) распределилось практически одинаково: 35%; 32,5%; 32,5% соответственно. Средний возраст умерших с 2003 к 2007 году увеличился на 5 лет с (63 до 68 лет). Таким образом, смертность от ТЭЛА «стареет». Опираясь на имеющиеся данные, построена модель, позволяющая прогнозировать смертность от ТЭЛА на ближайшие 2008 - 2010 годы.

0141 ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ С ПРИОБРЕТЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Васищкий Н.Р.[1], Машин В.Вл.[1], Фонякин А.В.[2], Машин В.В.[1], Назина Л.В.[1]
Ульяновский государственный университет[1], Ульяновск, Россия; Научный центр неврологии РАМН[2], Москва, Россия

Цель работы. Клиническая диагностика поражения головного мозга у больных с приобретенными пороками сердца.

Материалы и методы. Было обследовано 55 больных с приобретенными пороками сердца, не переносивших сосудистых мозговых событий (инсульт, транзиторная ишемическая атака). Среди обследованных было 30 женщин и 25 мужчин, средний возраст составил 56,2±9,9 лет. Всем пациентам проводился неврологический осмотр, нейропсихологическое тестирование и трансторакальная эхокардиография. У 25% был выявлен стеноз митрального клапана, у 15% - его недостаточность. 27% пациентов страдали сочетанием стеноза и недостаточности митрального клапана. У 18% больных была выявлена недостаточность аортального клапана, у 31% больного обнаружен его стеноз и у 22% обследованных диагностированы стеноз и недостаточность аортального клапана. У трети больных было выявлено сочетанное поражение митрального и аортального клапанов. У 75% больных причиной формирования порока сердца послужил ревматизм, у 25% обследованных лиц – дегенеративный процесс.

Результаты. В ходе неврологического осмотра обнаружено, что только у 11% больных не было выявлено клинических признаков поражения головного мозга. У 16% пациентов неврологические нарушения носили характер начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга (НПНКМ). Более тяжелое поражение головного мозга – дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) диагностирована у большинства (73%) больных. При этом у 22% больных выявлялись признаки ДЭ I стадии, у 20% - ДЭ II стадии и у 31% обследованных лиц обнаружена ДЭ III стадии. При нейропсихологическом обследовании у всех больных с НПНКМ и ДЭ отмечалось снижение слухоречевой памяти, у 88% больных - нарушения понимания речи, у 81% пациентов динамического праксиса, у 81% – зрительного гнозиса, у 69% - акустического гнозиса, и счета - у 62% обследованных лиц. Учитывая, что описанные нарушения были обусловлены истощаемостью практически во всех видах деятельности, когда после нескольких повторений правильного выполнения заданий появлялись ошибки, связанные с недостаточностью произвольного внимания и выраженным снижением активационных параметров деятельности, можно сделать заключение, что данные изменения являлись вторичными, а ведущим нейропсихологическим фактором был модально-неспецифический фактор.

Выводы. У большинства больных с приобретенными ревматическими и дегенеративными пороками сердца была диагностирована хроническая цереброваскулярная патология, преимущественно в виде дисциркуляторной энцефалопатии. Клинических различий в преобладании какого-либо неврологического синдрома и поражения разных областей мозга выявлено не было. При нейропсихологическом обследовании обнаружено поражение I (энергетического) структурно-функционального блока мозга.

0142 ВЛИЯНИЕ ТРИМЕТАЗИДИНА НА ИШЕМИЗИРОВАННЫЙ МИОКАРД У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Ватинян С.Х., Гургенян С.В., Никогосян К.Г.
НИИ кардиологии, Ереван, Армения

Цель: Ремоделирование левого желудочка (ЛЖ) при артериальной гипертонии (АГ) может сопровождаться ишемическим повреждением миокарда при интактных коронарных артериях. Целью настоящего исследования явилась оценка влияния триметазидина (предуктала MR) на ишемизированный миокард у больных эссенциальной гипертонией.

Методы: Исследование включало 63 больных эссенциальной гипертонией II-III стадий (ЕОГ-ЕОК,2007) -39 мужчин и 24 женщины, средний возраст =52,3±6,4 лет. Выполнялась эхокардиография в двумерном режиме и допплер-эхокардиография на аппарате «Hewlett-Packard Sonos 100» (США) по общепринятой методике. По данным эхокардиографии рассчитывался индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) как отношение массы миокарда к площади поверхности тела. В исследование были включены больные со значениями ИММЛЖ ≥125 г/м^2 для мужчин и ≥110 г/м^2 для женщин (ЕОГ-ЕОК,2007). Для количественного выражения степени нарушения локальной сократимости ЛЖ рассчитывали индекс нарушения локальной сократимости (ИНЛС) с использованием 4-балльной системы оценки. Проводилась добутаминовая стресс-эхокардиография с внутривенным введением препарата в дозе от 5 до 40 мкг/кг/мин в течение 30 минут с добавлением 1 мг атропина при необходимости. Больным I группы (32 человек) назначался амлодипин (нормодипин) в дозе 5-10

мг в день, индапамид (арифон ретард) в дозе 1,5 мг в день и триметазидин (предуктал MR) в дозе 35 мг два раза в день; больные II группы (31 человек) получали амлодипин и индапамид в тех же дозах. Для достижения целевого уровня АД в обеих группах при необходимости добавляли бета-адреноблокатор и/или ингибитор АПФ. Исследования проводились в контрольном периоде и к концу 6-месячного срока наблюдения.

Результаты: Снижение АД до целевого уровня (<140/90 мм рт.ст.) было достигнуто уже к концу 4-недельного срока лечения в обеих группах. К концу периода наблюдения регистрировалось достоверное снижение ИММЛЖ (от 162,7±5,1 до 150,5±2,3 г/м2 в I группе, p<0,05 и от 175,7±4,9 до 151,5±3,9 г/м2 во II группе, p<0,05). У больных I группы, получавших наряду с антигипертензивной терапией триметазидин, ИНЛС снизился от 1,43±0,03 до 1,30±0,02 в покое (p<0,001) и от 1,64±0,02 до 1,5±0,02 на пике добутаминовой пробы (p<0,001). У больных II группы ИНЛС снизился от 1,45±0,04 до 1,35±0,02 в покое (p<0,05) и от 1,68±0,04 до 1,57± 0,03 на пике добутаминовой пробы (p<0,05).

Выводы: Триметазидин путем ингибирования окисления жирных кислот и стимуляции окисления глюкозы улучшает энергетическое обеспечение сердечной деятельности и усиливает кардиопротективное действие антигипертензивных препаратов. Одинаковая положительная динамика гемодинамических и структурных параметров ЛЖ в обеих группах позволяет предположить отсутствие дополнительного влияния триметазидина на эти параметры.

0143 РОЛЬ ТКАНЕВОЙ ДОППЛЕР-ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИИ МИОКАРДА, ИНДУЦИРОВАННОЙ АНТРАЦИКЛИНАМИ

Ватутин Н.Т., Калинкина Н.В., Шевелек А.Н., Столика О.И.
ДонНМУ, Донецк, Украина

Цель. Оценить роль тканевой допплер-ЭхоКГ в диагностике ишемии миокарда, индуцированной антрациклиновыми антибиотиками.

Материал и методы. 108 пациентов (20,5±3,08 лет), получившие антрациклиновые антибиотики в средней кумулятивной дозе 289,3±100,7 мг/м^2, не имевшие патологии сердечно-сосудистой системы в анамнезе, находящиеся в ремиссии по основному заболеванию разделены на 2 группы: 1-я (71 человек) с наличием диагностически значимой депрессии сегмента ST по данным суточного мониторирования ЭКГ, 2-я (37 человек) – без нее. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц (21,5±3,2 года).

Пациентам проводилась импульсная тканевая допплер-ЭхоКГ с использованием 12-сегментной модели в состоянии покоя и после ножной изометрической нагрузки. В каждом сегменте левого желудочка (ЛЖ) оценивали пиковые систолическую (S, см/с), раннюю (E см/с) и позднюю (A, см/с) диастолические скорости движения и время изоволюметрического расслабления (IVRT, мс) стенок ЛЖ, а также отношение E/A.

Результаты. В контрольной группе в ответ на нагрузку в исследуемых сегментах отмечено достоверное снижение пика E в среднем на 25%, E/A на 38,3%, IVRT на 21,7% и увеличение пик A на 13,5%. У пациентов 2-й группы E, E/A и IVRT изменялись в том же направлении, что и в контроле, однако степень этих изменений в некоторых сегментах была существенно меньше. У больных 1-й группы в ответ на нагрузку не наблюдалось снижения пика E, E/A, IVRT и увеличения пика A в базальных и средних отделах межжелудочковой перегородки (МЖП) и передней стенки ЛЖ. Была выявлена взаимосвязь между параметрами депрессии ST и динамикой показателей диастолической функции этих сегментов ЛЖ в ответ на нагрузку (между средней продолжительностью одного эпизода депрессии сегмента ST и степенью изменения отношения E/A и IVRT в ответ на нагрузку; между глубиной депрессии сегмента ST и степенью изменения IVRT при нагрузке).

Среди пациентов 1-й группы 36 (50,7%) человек имели также и нарушения сегментарной систолической функции ЛЖ в ответ на изометрическую нагрузку, во 2-й – 13 (29,7%) (p<0,05). При этом во 2-й группе среднее количество сегментов с нарушенной локальной сократимостью у одного пациента было достоверно меньше, чем во 2-й (2,1±0,8, 4,2±1,1 соответственно, p<0,05).

При анализе параметров депрессии сегмента ST у пациентов 1-й группы, в зависимости от наличия (подгруппа Б) или отсутствия (подгруппа А) нарушений сегментарной систолической функции ЛЖ в ответ на изометрическую нагрузку оказалось, что в подгруппе Б суммарная длительность эпизодов и глубины депрессии сегмента ST была больше по сравнению с подгруппой А.

Выводы. Выявляемая с помощью тканевой допплер-ЭхоКГ, преходящая сегментарная диастолическая дисфункция передней стенки ЛЖ и МЖП в ответ на ножную изометрическую нагрузку у пациентов, получающих антрациклиновые антибиотики, вероятнее всего, обусловлена ишемией миокарда. Наиболее тяжелая и длительная ишемия приводит к присоединению локальной систолической дисфункции ЛЖ.

0144 ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Ватутин Н.Т., Склянная Е.В., Калинкина Н.В.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина

Цель исследования: изучение изменений уровня натрийуретического пептида (НУП) у больных железодефицитной анемией (ЖДА).

Методы исследования. В исследование включены 56 больных (19 мужчин, 37 женщин, средний возраст 33±14 лет). Анемия легкой степени тяжести (гемоглобин крови 110-90 г/л) была выявлена у 26 больных (1 группа) и средней (гемоглобин 89-70 г/л) – у 30 (2 группа). Пациентам обеих групп назначали препараты железа внутрь. Определение уровня натрийуретического пептида методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест-системы pro-ANP (1-98) (BIOMEDICA, Austria) выполнялось дважды: до начала лечения препаратами железа и через 10 дней после нормализации уровня гемоглобина.

Результаты исследования. У больных ЖДА имеет место достоверное увеличение уровня НУП как 1-й группе (3151,88±349,47 фмоль/мл), так и во 2-й (4025±511,26 фмоль/мл) по сравнению с контрольной группой (1627,18±674,93 фмоль/мл) (p<0,05). При этом повышение уровня НУП достоверно больше во 2-й группе, чем в 1-й (p<0,05). Несмотря на нормализацию уровня гемоглобина у пациентов обеих групп обнаружилось достоверное увеличение уровня НУП по сравнению с исходными показателями (3915,36±280,65 и 5288,05±380,72 фмоль/мл, соответственно, p<0,05).

Выводы: У больных ЖДА отмечается увеличение уровня натрийуретического пептида. На фоне повышения уровня гемоглобина уровень НУП не только не снижается, но и достоверно повышается по сравнению с исходными значениями.

0145 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ И АКТИВНОГО АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ватутин Н.Т., Ещенко Е.В.
ДонНМУ, Донецк, Украина

Цель - оценить влияние терапевтического обучения и активного амбулаторного наблюдения на клиническое состояние, функциональный статус и показатели гемодинамики больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в условиях отечественной практики.

Методы исследования. В исследование были включены 80 пациентов с ХСН II-IV функционального класса (ФК NYHA)

ишемической этиологии в сочетании с артериальной гипертензией, рандомизированные в две группы: 1 - группу вмешательства и 2 - группу контроля. Пациенты обеих групп получали современное медикаментозное лечение ХСН: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или антагонисты рецепторов ангиотензина II, β-адреноблокаторы, диуретики, антагонисты альдостерона, сердечные гликозиды. В 1 группе проводились индивидуальные занятия, в ходе которых пациенты получали информацию о ХСН, принципах самоконтроля, немедикаментозном и медикаментозном лечение. В дальнейшем с пациентами этой группы осуществлялся контакт по телефону, в ходе плановых или дополнительных визитов, но не реже 1 раза в мес. Пациенты 2 группы наблюдались в обычных условиях практического здравоохранения. Длительность периода наблюдения составила 12 мес. Оценивалась динамика клинического состояния пациентов (ФК ХСН), показателей гемодинамики: систолического артериального давления (САД), диастолического артериального давления (ДАД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС); данных эхокардиографии: фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), необходимость в усилении терапии и госпитализациях.

Результаты и обсуждение. За период наблюдения улучшение ФК ХСН отмечалось у 4 (10,8%) больных в 1 группе и у 2 (6,0%) больных во 2 группе, а ухудшение - у 2 (5,4%) и 14 (42,4%) соответственно. Отмечалось увеличение ФВ ЛЖ у пациентов группы вмешательства на 5,32% и уменьшение в группе контроля на 9,48% (p=0,001). Наблюдалось снижение САД и ЧСС, которое было более выраженным в 1 группе по сравнению со 2-й (-10,68 мм рт.ст и -1,36 мм рт.ст, -6,16 уд/мин и -0,91 уд/мин соответственно) (p<0,05). ДАД в 1 группе уменьшилось на 5,41 мм рт.ст, во 2-й увеличилось на 0,76 мм рт.ст. Необходимость усиления медикаментозной терапии ХСН возникала у 50% пациентов 1 и у 62,5% 2 группы. Число госпитализаций по поводу прогрессирования ХСН в группе вмешательства было значительно меньшим по сравнению с группой контроля (11 и 20 соответственно). Общая продолжительность лечения в стационаре пациентов 1 группы составила 186 дней, 2 группы-337 дней. За период наблюдения в группе вмешательства умерло 3 больных, в группе контроля – 7.

Выводы. Терапевтическое обучение в сочетании с активным амбулаторным наблюдением позволяет улучшить клиническое состояние, функциональный статус и показатели гемодинамики больных ХСН, снизить смертность, частоту госпитализаций и число случаев развития декомпенсации заболевания, уменьшить необходимость усиления медикаментозной терапии.

0146 ОЦЕНКА РАСЧЕТНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ СКОРОСТИ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ КАК МАРКЕРА КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА. ДАННЫЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО 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

Цель: оценить расчетный показатель скорости пульсовой волны (СПВ) как маркера коронарного атеросклероза по данным ультразвукового исследования.

Материалы и методы. 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. Скорость пульсовой волны (СПВ) определяли по формуле Моенса-Кортевега, которая применяется для расчета данного показателя в крупных кровеносных сосудах: E*h=p*c2*D*10-3, где p – плотность крови; c – скорость распространения волны; D – диаметр аорты. Всем пациентам проводилась коронароангиография (КАГ), оценивались данные клинического обследования. У 12 человек оценивалось состояние комплекса интима-медиа сонных артерий (КИМ).

Результаты. 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 КИМ (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±0,29 и 6,34±0,17, p=0,030). Ультразвуковые признаки атеросклероза аорты соответствовали более высокому значению СПВ по сравнению с пациентами, не имеющими этих признаков (6,43±0,19 и 5,51±0,22, p=0,013). Более высокая СПВ была выявлена у больных с гемодинамически значимым (>75% просвета) атеросклерозом одной или более крупных коронарных артерий (6,62±0,20 и 5,58±0,30, p=0,012).

Выводы. Таким образом, СПВ связана с выраженностью коронарного атеросклероза. Оценка этого показателя по данным ультразвукового исследования может использоваться как маркер атеросклеротических изменений коронарного русла.

0147 К ВОПРОСУ О ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ СТРЕССОВОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Вебер В.Р., Рубанова М.П., Жмайлова С.В., Губская П.М., Сухенко И.А.
Институт медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород. Россия

Концентрация катехоламинов (КА) в крови при стрессовой кардиомиопатии (СКМП) в 7-34 раза выше, чем у здоровых. В основе нарушения функции сердца при СКМП лежит токсическое влияние КА.

Цель исследования: изучить морфоструктурные изменения в миокарде желудочков крыс через месяц после однократного введения больших доз адреналина и дофамина.

Материал и методы исследования: Исследование проводилось на крысах-самцах линии Вистар. В I серии эксперимента крысам однократно интраперитонеально вводился дофамин из расчета 10 мкг/кг, крысам II серии – адреналин (50 мкг/кг). После однократного введения препаратов в течение 1 месяца крысы содержались без стрессовых воздействий, после чего под эфирным наркозом производилась декапитация и забор материала.

Определялась масса миокарда левого желудочка (ЛЖ) и правого желудочка (ПЖ), рассчитывался индекс массы миокарда (ИММ, мг/г) каждого желудочка.

Морфометрия парафиновых срезов, окрашенных по Ван-Гизону, проводилась с помощью сетки Г.Г. Автандилова (1990) в 45 полях зрения в каждом желудочке в каждой серии эксперимента. Определялась плотность (в объемных процентах, об.%) коллагена. Рассчитывался показатель отношения плотности коллагена к ИММ в каждом желудочке.

Результаты исследования и их обсуждение. Через 1 месяц после однократного введения больших доз адреналина и дофамина ИММЛЖ был увеличен, а ИММПЖ под влиянием обоих препаратов – уменьшался. В правом желудочке под влиянием адреналина отношение плотности коллагена к ИММПЖ увеличилось с 8,3 об.%/мг/кг в контрольной серии до 20,2 об.%/мг/кг (p<0,001), а под влиянием дофамина с 8,3 об.%/мг/кг до 19,9 об.%/мг/кг (p<0,001). В левом желудочке изменения этого соотношения менее значительны: под влиянием адреналина показатель увеличился с 3,0 об.%/мг/кг в контрольной серии до 4,1 об.%/мг/кг, а под влиянием дофамина – с 3,0 об.%/мг/кг до 5,6 об.%/мг/кг.

Таким образом, можно полагать, что эпизоды стрессовой кардиомиопатии вызывают структурные изменения миокарда, причем, судя по данным эксперимента, в большей степени поражается правый желудочек.

0148 ОБРАТНОЕ ЕСТЕСТВЕННОЕ РАЗВИТИЕ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА КРЫС ЛИНИИ ВИСТАР ПРИ ОСТРОМ И ХРОНИЧЕСКОМ СТРЕССЕ

Вебер В.Р., Рубанова М.П., Жмайлова С.В., Губская П.М., Сухенко И.А.

Институт медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород. Россия

Цель исследования: изучить динамику структурных изменений в миокарде желудочков крыс через месяц после однократного и двухнедельного введения больших доз адреналина.

Материал и методы исследования: В I серии эксперимента крысам-самцам линии Вистар однократно интраперитонеально вводился адреналин из расчета 50 мкг/кг, крысам II серии – адреналин в той же дозе вводился 3 раза в день на протяжении 2 недель. После прекращения введения препарата в течение 1 месяца крысы содержались без стрессовых воздействий, после чего под эфирным наркозом производилась декапитация и забор материала. Контрольную серию составили крысы, сопоставимые по возрасту, не подвергавшие стрессовым воздействиям.

Морфометрия парафиновых срезов, окрашенных по Ван-Гизону, проводилась с помощью сетки Г.Г. Автандилова (1990) в 45 полях зрения в каждом желудочке в каждой серии эксперимента.

Результаты исследования и их обсуждение. В остром опыте через 1 месяц после однократного введения адреналина плотность (в об.%) кардиомиоцитов в левом желудочке (ЛЖ) и правом желудочке (ПЖ) уменьшилась практически одинаково. Тогда как в ЛЖ плотность коллагена увеличилась в 2,5 раза по сравнению с контрольной серией, а в ПЖ – в 1,7 раза. Объем внеклеточного пространства по сравнению с контролем в ЛЖ значительно снизился (в 1,8 раза), что можно объяснить значительным увеличением плотности коллагена, а в ПЖ увеличился в 1,6 раза, что, вероятно, связано с более выраженными микроциркуляторными нарушениями. Плотность сосудистого русла в обоих желудочках была сопоставима с контрольной серий.

При хроническом стрессе после 2-х недельного введения адреналина в миокарде ЛЖ плотность кардиомиоцитов уменьшилась так же, как и при остром стрессе, а в ПЖ уменьшение плотности кардиомиоцитов было более выражено. Плотность коллагена по сравнению с контрольной серией увеличилась в обоих желудочках, но в ПЖ в значительно большей степени (в 1,9 раза в ЛЖ и 3 раза в ПЖ). Объем внеклеточного пространства увеличился в обоих желудочках, но в ПЖ в 2,4 раза больше, чем в ЛЖ. Плотность сосудов в обоих желудочках уменьшилась в равной степени.

Результаты исследования показали, что как при остром, так и при хроническом стрессе в обоих желудочках развиваются выраженные структурные изменения. При этом ЛЖ реагирует быстрее. Изменения миокарда ПЖ формируются позднее, но приводят к более значительному фиброзу.

0149 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА ПРИ СОЧЕТАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Вебер В.Р., Копина М.Н., Шматько Д.П., Казымов М.С., Керимкулова А.С., Прозорова И.В.
Новгородский государственный университет, Великий Новгород, Россия; Семипалатинская государственная медицинская академия, Семипалатинск, Казахстан; ФГУ «ГНИЦ ПМ», Москва, Россия

Цель: изучить варианты ремоделирования сердца и диастолическую функцию левого желудочка у мужчин и женщин, страдающих сочетанием артериальной гипертензии и абдоминального ожирения.

Методы: использован метод ЭхоКГ и допплер-эхокардиографии (аппарат «Philips GE-33»). Исследование проводилось в состоянии покоя. В одну группу вошли 124 женщины (средний возраст 49,36±1,2 лет) и 126 мужчин (средний возраст 50,15±1,8 лет) больных АГ с абдоминальным ожирением. Вторую группу составили больные АГ с нормальной массой тела: 127 женщин (средний возраст 50,05±1,7 лет) и 125 мужчин (средний возраст 49,61±1,6 лет). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы «Statistica 6.0».

Результаты. У больных АГ мужчин и женщин с нормальной массой тела развиваются все типы ремоделирования миокарда левого желудочка. Так, у больных АГ женщин наиболее часто диагностировался концентрический тип ГЛЖ (44,4%), реже – эксцентрический тип ГЛЖ (25%, $p>0,05$) и достоверно реже – концентрическая перестройка ЛЖ (16,6%, $p=0,017$). Нормальная геометрия ЛЖ обнаружена лишь в 14% случаев ($p=0,007$). У больных АГ мужчин с нормальной массой тела достоверно чаще, в сравнении с женщинами, преобладала нормальная геометрия левого желудочка (у 59,5% больных), концентрическая перестройка отмечена в 8,1% случаев ($p<0,005$), концентрическая ГЛЖ – у 18,9% больных ($p<0,005$) и эксцентрическая ГЛЖ – у 13,5% больных АГ мужчин ($p<0,005$).

В отличие от больных АГ с нормальной массой тела у больных АГ с абдоминальным типом ожирения не выявлено половых различий в ремоделировании сердца. Преобладающим вариантом ремоделирования, независимо от пола больных, оказалась концентрическая ГЛЖ, которая была диагностирована у 66,7 % женщин и 57,7% мужчин.

Установлена высокая частота развития выраженной диастолической дисфункции левого желудочка (показатель $E/A<1,0$) у больных АГ с абдоминальным ожирением. В сравнении с группой больных АГ с нормальной массой тела, где нарушения диастолической функции левого желудочка отмечались у 27,3% больных АГ мужчин и у 31,7% женщин, в группе больных АГ с абдоминальным типом ожирения диастолическая дисфункция левого желудочка диагностировалась в 2,4 раза чаще – у 65,4% мужчин ($p<0,05$) и 75% женщин ($p<0,05$).

Вывод: абдоминальный тип ожирения играет важную роль в развитии структурно-функциональных изменений ЛЖ у больных АГ, способствует формированию концентрической ГЛЖ и развитию выраженной диастолической дисфункции сердца, что является прогностически неблагоприятным признаком, так как значительно увеличивает риск развития у данной категории больных фатальных сердечно-сосудистых осложнений.

0150 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ

Велижанина И.А., Скоробогатова И.А., Велижанина Е.С.
Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Областная клиническая больница № 2, Тюмень, Россия

Течение артериальной гипертонии (АГ) в период менопаузы имеет свои особенности, которые могут влиять на выбор медикаментозной терапии.

Цель. Изучить особенности течения АГ у женщин в период менопаузы и оценить эффективность применения препарата бетаксолол.

Материалы и методы. Обследовано 20 женщин АГ 1–2 степени, со средним и высоким риском сосудистых осложнений. Средний возраст пациенток составил 54,7±0,82 года. В качестве сопутствующей патологии, у трех женщин был сахарный диабет 2 типа, три пациентки страдали ишемической болезнью сердца. Степень выраженности климактерического синдрома оценивали по шкале модифицированного менопаузального индекса Купермана в модификации Уваровой. Проводили контроль офисного давления, суточное мониторирование артериального давления (СМАД) проводили с использованием аппарата MEDITECH, ABPM-4 (Венгрия), на чистом фоне и через 12 недель на фоне монотерапии с использованием препарата бетаксолол 20 мг в сутки. Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке с использованием программы SPSS 10.0 for Windows.

Результаты исследования. У 35% пациенток АГ манифестировала после наступления менопаузы, у 10% - совпадали с ее наступлением, у 55% - АГ предшествовала менопаузе. В ходе исследования выделили две группы, у 1 группы – АГ возникла после менопаузы, у 2 группы - АГ появилась до менопаузы. Возраст,

средний возраст наступление менопаузы, офисное систолическое и диастолическое артериальное давление в данных группах были сопоставимы. Анализ медикаментозной терапии использовавшейся до исследования показал: 55% пациенток получали гипотензивную терапию, 45% женщин ранее не лечились. Во 2 группе с наступлением менопаузы практически все пациентки отметили ухудшение течения заболевания, появление вегетативных проявлений. По степени выраженности в данной группе климактерические проявления легкой степени были отмечены у 63,6% женщин, умеренные у 36,4% женщин. В 1 группе у всех женщин были отмечены климактерические проявления легкой степени. Всем пациенткам был назначен препарат бетаксолол 20 мг в сутки. Через 12 недель продолжали принимать препарат 19 женщин (95 %), у 15 (79 %) из них на фоне приема препарата был достигнут целевой уровень артериального давления, 4 пациентки получали комбинированную терапию - 20 мг бетаксолола и 25 мг гидрохлортиазида. Отмечено улучшение самочувствия, нивелирование вегетативных проявлений. По данным СМАД достоверно снизился уровень средних показателей как систолического, так и диастолического давления, значимо уменьшились показатели нагрузки давлением.

Выводы. Женщины в менопаузальном периоде являются «группой риска» в плане возникновения и прогрессирования АГ. Степень выраженности климактерического синдрома проявляется более ярко у женщин с АГ предшествующей климаксу. Применение препарата бетаксолол целесообразно для лечения АГ у этой категории пациентов.

0151 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ ПРИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ

Вербовская Н. В., Гринштейн Ю. И.
Государственная Медицинская академия им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Краевая клиническая больница, Красноярск, Россия

Цель работы: Изучить особенности течения артериальной гипертонии при коарктации аорты (КА), а также апробировать медикаментозную пробу с нифедипином, позволяющую определить оптимальную тактику ведения данной категории больных.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 79 пациентов с КА и артериальной гипертонией (АГ) в возрасте 19,7±5,3 лет. В первую группу входили 49 пациентов, которым была проведена транслюминальная балонная ангиопластика (ТЛБАП), во вторую группу – 30 пациентов с резекцией КА. Пациентам измерялся градиент систолического давления (ГСД) между восходящим (ВАо) и нисходящим (НАо) отделом аорты с помощью непрерывноволновой допплерографии до вмешательства, непосредственно после и через 5-10 лет, а так же контролировалось артериальное давление в систолу и диастолу (АДс, АДд) в эти же периоды. В отдаленный период наблюдения пациенты каждой группы были распределены в зависимости от показателей ГСД между ВАо и НАо, который составлял > или ≤30 мм рт.ст. У 20 (74,1%) пациентов с ГСД >30 мм рт.ст. проведена нагрузочная медикаментозная проба с 10 мг нифедипина (НФ), при которой измерялся ГСД между ВАо и НАо до и через 20 минут после приема НФ.

Результаты: АГ наблюдалась у 100% больных с КА. Через 5-10 лет после вмешательства АГ сохранялась у 57 (72,1%) пациентов. При ГСД между ВАо и НАо ≤30 мм рт.ст. у пациентов после резекции КА (n=10) АГ наблюдалась следующая динамика АДс до операции 170,5±12,7, после 141,0±3,4 и в отдаленный период 156,0±6,2 мм рт.ст.; у пациентов после ангиопластики (n=10) эти показатели составляли соответственно 156,0±6,2; 138,5±3,4 и 153,0±4,0 мм рт.ст. У пациентов с ГСД между ВАо и НАо ≤30 мм рт.ст выявлена положительная корреляционная связь между уровнем АДс и ГСД (r=0,6; p=0). У 10 больных после резекции КА и 27 после ТЛБАП в отдаленный период развился рестеноз (ГСД >30 мм рт.ст.), приведший к резидуальной артериальной гипертонии. У пациентов после резекции КА АДс до вмешательства было равно 155,6±5,6; после 135,6±4,1 и в отдаленный период 148,3±2,3 мм рт.ст. и после ТЛБАП в эти же периоды АДс составляло 145,3±5,6; 133,0±3,7 и 151,3±3,5 мм рт.ст. соответственно. В обеих группах до и после вмешательств имелось статистически значимое снижение уровня АДс, АДд и ГСД между ВАо и НАо ($p<0,05$). В зависимости от выраженности реакции на фармакологическую пробу с НФ пациенты разделены на 3 группы. При снижении ГСД между ВАо и НАо на 10 мм рт.ст. и более выявлена выраженная дилатация стенотического участка аорты у 5 (25%) пациентов, при уменьшении на 4,9-9,9 мм рт.ст. – умеренная у 10 (50%) больных и отсутствие дилатации стенотического участка Ао при ГСД ≤3,9 мм рт.ст. у 5 (25%) пациентов.

Выводы: 1. У 72,1% (n=57) больных с коарктацией аорты в отдаленном периоде наблюдения выявлена умеренная артериальная гипертония.

2. У 46,8% (n=37) больных с коарктацией аорты артериальная гипертония была индуцирована рестенозами.

3. При умеренной и выраженной дилатации стенозированного участка аорты на фармакологическую пробу с нифедипином пациентам можно рекомендовать повторную ангиопластику и стентирование, а при отсутствии реакции операцию резекции КА с наложением анастомоза.

0152 ЭФФЕКТЫ ИНГИБИТОРА АПФ ФОЗИНОПРИЛА В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Вершинина А.М., Гапон Л.И., Попова С.Н., Молотилова С.А., Вебер Э.Е., Бусарова Е.С., Плюснин А.В.
Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель: Оценить клиническую эффективность, влияние на суточный профиль АД, процессы ремоделирования миокарда и состояние липидного обмена ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) третьего поколения фозиноприла в терапии больных артериальной гипертонией (АГ) на фоне метаболического синдрома с учетом результатов проспективного наблюдения.

Методы. В условиях рандомизированного сравнительного исследования проведено обследование 120 больных с АГ 1-11 степени на фоне метаболического синдрома в возрасте 30–50 лет (мужчины и женщины, средний возраст 48,84±1,12 лет, имеющих абдоминальный тип ожирения (ИМТ >30), повышенный уровень холестерина (ХС) плазмы крови, триглицеридов (ТГ) (более 1,7 ммоль/л). Больные АГ получали фозиноприл в дозе 10-20 мг/с. Исследование проведено в условиях чистого фона и через 16 недель терапии фозиноприлом. В выборочной группе (n=60) проведено проспективное наблюдение (12 месяцев). У пациентов основной группы клиническая эффективность препарата оценивалась по данным офисного АД, суточного мониторирования АД по стандартной методике (АВРМ 02-04 MEDITECH) в условиях свободного двигательного режима. Эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ) проводили на аппарате ALOKA Echo- CAMERA SSD-650 в М-модальном и двухмерном режиме в стандартных эхокардиографических позициях. Массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ) вычисляли по формуле R.Devereus и N.Reichneck. Индекс массы левого желудочка (ИМЛЖ) рассчитывали как отношение ММЛЖ/ППТ. Определяли общий холестерин (ОХС) крови, ХС ЛПВП, ТГ после 12 часов голодания.

Результаты. На фоне терапии фозиноприлом отмечено достоверное снижение офисного САД и офисного ДАД ($p<0,001$). Уменьшились показатели среднесуточного САД со 142,67±1,70 до 131,37±1,58 и ДАД с 84,96±1,07 до 70,90±1,08 мм рт.ст. ($p<0,001$), индекса времени ($p<0,001$) и индекса площади ($p<0,01$) за сутки. Среднесуточное пульсовое давление уменьшилось достоверно ($p<0,05$). Увеличилось количество пациентов типа dipper для САД ($p<0,001$), для ДАД – отмечена лишь тенденция к увеличению ($p>0,05$); уменьшилась скорость утреннего подъема АД ($p<0,05$). Отмечено достоверное снижение ММЛЖ ($p=0,003$) и ИМЛЖ ($p=0,008$). Показано достоверное снижение ОХС крови ($p=0,003$), ТГ ($p=0,002$). Длительное проспективное наблюдение показало аналогичные тенденции по исследуемым параметрам.

Заключение. ИАПФ фозиноприл нормализует суточный профиль АД, проявляя устойчивый гипотензивный эффект, благоприятно влияет на состояние липидного обмена, процессы ремоделирования левого желудочка, что определяет целесообразность его длительного применения при АГ на фоне метаболического синдрома.

0153 ГИПЕРУРИКЕМИЯ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ФАКТОР РИСКА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Веселовская Н.Г., Воробьева Е.Н., Осипова И.В., Симонова Г.И., Миронова Н.Г., Гридасова Е.Н., Гольберг Я.С.
Алтайский краевой кардиологический диспансер, Барнаул, Россия; ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Росздрава, Барнаул, Россия; Алтайская лаборатория эпидемиологии, прогнозирования и профилактики хронических неинфекционных заболеваний НИИ терапии СО РАМН, Барнаул, Россия

Широкая распространенность МС (метаболический синдром), его тесная связь с образом жизни и высокая смертность от его последствий требует своевременного выявления данного синдрома и проведения профилактических и лечебных мероприятий.

Целью исследования явилось изучение частоты встречаемости гиперурикемии у пациентов с метаболическим синдромом (МС) и без клинических проявлений болезней системы кровообращения (n=377). Контрольную группу составили пациенты без МС (n=399). Обследование, включало 1286 человек в возрасте 23-78 лет, (684 мужчин и 602 женщины), средний возраст обследованных составил 55,1±2,3 года.

Всем пациентам проводилась оценка антропометрических показателей ожирения (окружность талии, индекс окружность талии/окружность бедер, индекс массы тела), измерение АД, определение показателей липидного и углеводного обменов, мочевой кислоты (набор реагентов «Витал Диагностикс СПб» энзиматически колориметрическим методом без депротеинизации). Критериями оценки мочевой кислоты являлись показатели 238-506 мкмоль/л для мужчин и 167-446 мкмоль/л для женщин.

При проведении анализа частоты гиперурикемии в группах исследования выявлено, что у 54% мужчин и 58% женщин с МС зафиксировано повышение уровня мочевой кислоты. В группе без МС гиперурикемия была выявлена у 18% мужчин и 16% женщин. Таким образом, у мужчин с МС гиперурикемия встречалась в 3 раза чаще, чем у мужчин без МС ($p<0,001$), а у женщин с МС в 3,5 раза чаще, чем у женщин без МС ($p<0,001$).

Анализ средних значений мочевой кислоты показал, что наибольшие средние значения выявлены у мужчин и женщин с МС 427,4±7,2 мкмоль/л и 342,4±5,74 мкмоль/л соответственно, это выше референтных значений мочевой кислоты. В группе без МС средние значения мочевой кислоты были 389,1±6,32 у мужчин и 291±5,84 мкмоль/л у женщин, что было достоверно ниже, чем у мужчин и женщин с МС ($p<0,01$).

Следовательно, гиперурикемия встречалась более, чем в 50% случаев у пациентов с МС. При этом гиперурикемия чаще выявлена у мужчин и женщин с МС, чем у пациентов без МС. Средние значения мочевой кислоты были также наиболее высокими в группе МС, как у мужчин, так и у женщин.

Полученные данные свидетельствуют, что гиперурикемия может быть отнесена к дополнительным метаболическим факторам риска и должна учитываться при назначении комплексных профилактических мероприятий.

0154 ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ И СТРУКТУРНЫХ ПАРАМЕТРОВ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХРОНОТИПА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В УСЛОВИЯХ ЗАПОЛЯРНОЙ ВАХТЫ

Ветошкин А.С., Гапон Л.И., Шуркевич Н.П.
МСЧ ООО «ГАЗПРОМ ДОБЫЧА ЯМБУРГ», пос. Ямбург, Филиал ГУ НИИК Томского научного центра СО РАМН – «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель: Изучить изменения основных гемодинамических и структурных параметров ЛЖ в зависимости от хронотипа артериальной гипертензии у больных с АГ 2 стадии в условиях заполярной вахты

Методы исследования: Обследовано 110 лиц мужского пола в возрасте 20-59 лет, работников заполярной вахты. Из них здоровых лиц - 15 чел. Группа наблюдения – лица с АГ 2 стадии (95 чел.). Группы статистически не различались по возрасту (45,3±6,8 лет), стажу работы вахтовым методом (11,0±5,1 лет.) Всем обследованным проведено СМАД и ЭхоКГ на фоне отмены гипотензивной терапии в течение 3 дней. По данным СМАД всем обследованным был проведен косинор-анализ суточных кривых АД с целью определения хронотипа АД. По значениям МЕЗОРа (Midline Estimating Statistic of Rhythm – статистическая срединная ритма), положения акрофазы и амплитуды выделялись 4 типа суточного ритма АД: нормальный тип суточной кривой, МЕЗОР-АГ - тип, фазовый тип АГ (увеличение МЕЗОРа, сдвиг акрофазы), и амплитудный тип АГ (МЕЗОР – норма, увеличение амплитуды ритма). Хронобиологические формы получены при сопоставлении с хронобиологическим нормативным коридором (хронодезмом). По результатам ЭхоКГ определялись гемодинамические и структурные показатели ЛЖ: УО, МО, СИ, ФВ, ММЛЖ, ИММЛЖ. На основании значений ИММЛЖ и относительной толщины стенок ЛЖ (ОТС) определялся тип геометрии ЛЖ. По данным трансмитрального кровотока определено состояние диастолической функции ЛЖ (ДФЛЖ).

Результаты: Максимальные значения ММЛЖ (264,4±11,1г; 253,3±11,8г) и ИММЛЖ (128,7±4,3 г/см^2; 124,3±3,9 г/см^2) были выявлены у лиц с типом МЕЗОР АГ (32 чел.) и фазовой АГ (33 чел.), ($P=0,0469$). По данным гемодинамических показателей значимых различий не выявлено, хотя на уровне тенденций максимально большие значения УО и СИ были получены у лиц с амплитудным типом АГ (30 чел.). Концентрическая ГЛЖ - чаще определялась у лиц с МЕЗОР типом АГ (67,9%) и фазовой АГ (44,8%), нормальный тип геометрии ЛЖ - у лиц с нормальным типом суточной кривой и у лиц с амплитудной АГ (30% и 25%, соответственно.). Среди лиц с фазовой АГ нормальная геометрия ЛЖ выявлялась только у 6,9%. Нарушение диастолической функции ЛЖ чаще наблюдалось у лиц с МЕЗОР типом АГ (57,1%) и у лиц с фазовой АГ (41,4%), нормальная ДФЛЖ - в группе контроля (60,1%) и у лиц с амплитудным типом АГ (50,3%). Минимальное число лиц с нормальной ДФЛЖ было зарегистрировано среди лиц с МЕЗОР типом АГ(17,9%).

Выводы: Наиболее неблагоприятными хронобиологическими типами АГ для структурно-функционального состояния сердца являются МЕЗОР и фазовый типы АГ. Амплитудный тип АГ в большей степени обусловлен стресс – индуцированным типом АГ в условиях Севера и менее гемодинамически значим для структурных изменений сердца.

0155 СИНДРОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА, КОРРИГИРОВАННЫЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРОМ И ВЕРОЯТНОСТЬ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Видишева О.Н., Тюкалова Л.И., Попов С.В., Посохов И.Н.
ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, кафедра поликлинической терапии, Томск, Россия; ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель: Изучить частоту тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии на фоне постоянной электрокардиостимуляции у пациентов с синдромом слабости синусового узла.

Методы: Клиническое наблюдение проводилось за 56 пациентами (средний возраст 57,4±2,0 лет) с СССУ и имплантированными ЭКС, из них 37 мужчин, 19 женщин. Всем пациентам проводили перфузионную сцинтиграфию легких, обзорную рентгенографию органов грудной клетки, и при необходи-

мости – спиральную компьютерную томографию, вентиляционную сцинтиграфию. В оценке результатов радиологических исследований использовали критерии PIOPED. При этом данные радионуклидного исследования легких сопоставляли с рентгенологической картиной, либо СКТ, а также использовали предложенный нами способ диагностики клинической вероятности тромбоэмболии легочной артерии у пациентов с синдромом слабости синусового узла, корригированным электрокардиостимулятором. Сущность способа заключается в том, что наличие меньшей вероятности альтернативного диагноза оценивают в 3 балла, наличие кровохарканья оценивают в 1 балл, причём дополнительно оценивают в баллах наличие следующих признаков: 2 и более типичных для ТЭЛА респираторных или кардиальных симптома, что соответствует 3 баллам, появление на ЭКГ признаков фибрилляции предсердий, что соответствует 1,5 баллам, имплантация ЭКС в предшествующие 6 месяцев, что соответствует 1 баллу, тромбоз вен верхней конечности после имплантации ЭКС, что соответствует 1,5 баллам, СССУ II типа, что соответствует 1 баллу, однокамерная желудочковая стимуляция (VVI), что соответствует 1 баллу, один или несколько факторов риска, что соответствует 1 баллу. После чего проводят подсчет суммы баллов, и при сумме баллов более 6 определяют высокую, от 2 до 6 баллов – умеренную и менее 2 баллов – низкую клиническая вероятность тромбоэмболии легочной артерии.

Результаты: Анализ показал, что из 56 наблюдаемых пациентов 41 имеет умеренную, а 15 высокую клиническую вероятность ТЭЛА по предлагаемому способу. У больных с СССУ диагноз ТЭЛА подтверждался при высокой клинической вероятности у 14 человек из 15 (93%), а при умеренной – у 29 из 41 (73%).

Выводы: Таким образом, предлагаемый способ позволяет с наибольшей точностью диагностировать клиническую вероятность тромбоэмболии легочной артерии у пациентов с синдромом слабости синусового узла, корригированным электрокардиостимулятором, что является важным для повышения качества и продолжительности жизни и проведения наиболее адекватных и своевременных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у этой категории больных.

0156 ОДНОКАМЕРНАЯ ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИЯ ПРИ СИНДРОМЕ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА КАК ФАКТОР РИСКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Видишева О.Н., Тюкалова Л.И., Попов С.В., Посохов И.Н.
ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия; ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель: изучить риск возникновения тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) у пациентов с синдромом слабости синусового узла (СССУ) I типа при однокамерной электрокардиостимуляции (ЭКС).

Методы: Проведен ретроспективный анализ 63 историй болезни пациентов с СССУ I типа. Основную группу составили 42 пациента с однокамерной ЭКС, в группу сравнения вошли 21 пациент с двухкамерными ЭКС. Критерием включения в исследования явилось отсутствие фибрилляции предсердий (ФП) до имплантации ЭКС. При повторных госпитализациях этих пациентов мы оценивали данные ЭКГ, Холтеровского мониторирования ЭКГ, а также клинические симптомы, имеющие значение в клинической оценке вероятности ТЭЛА по стандартизированному алгоритму, предложенному Wells P.S. et all (1998).

Результаты: Анализ показал, что в основной группе в течение 1-3 лет возникла ФП у 9 (20,6%) пациентов, в группе сравнения - у 2 (9,5%), что достоверно реже ($p<0,05$). При этом вероятность ТЭЛА оценивалась: как высокая в основной группе у 7 (16,6%) пациентов, а в группе сравнения - у 1 (4,8%); как средняя – у 23 (54,8%) и у 4 (19%); как низкая – у 10 (23,8%) и у 8 (38,1%) пациентов соответственно. При этом анализ корреляции рангов по Спирмену отражает достоверную ($p<0,05$) положительную корреляцию ($r=0,31$) между наличием ФП и вероятностью ТЭЛА в изученных группах.

Выводы: Данное исследование показало статистически достоверное увеличение встречаемости ФП при VVI ЭКС по сравнению с физиологической ЭКС. Развитие ФП у пациентов с постоянной желудочковой стимуляцией можно объяснить тем, что при сохраненном ретроградном проведении от желудочков к предсердиям преждевременное сокращение предсердий происходит при еще закрытых АВ клапанах, а это приводит к повышению давления в предсердиях, растяжению и гипертрофии стенок, создавая условия для возникновения волн micro re-entry. Физиологическая ЭКС в отличие от однокамерной желудочковой ЭКС уменьшает частоту развития ФП и имеет полезный эффект в ее профилактике. Как показали полученные результаты при появлении ФП вероятность ТЭЛА по стандартизированной клинической методике у пациентов с ЭКС существенно возрастает.

Таким образом, однокамерная желудочковая ЭКС при СССУ I типа является фактором риска развития ТЭЛА, так как при ее применении достоверно чаще может возникать ФП. Поэтому клинические врачи должны быть насторожены в отношении ТЭЛА у пациентов с СССУ I типа, корригированным ЭКС в режиме VVI и применять стандартизированную клиническую оценку этой патологии у данного контингента больных.

0157 ГИПОАДИПОНЕКТИНЕМИЯ АССОЦИИРУЕТСЯ С НАРУШЕНИЕМ ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕЛЕЧЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Виллевальде С.В., Исикова Х.В., Гудгалис Н.И., Мирилашвили Т.Ш., Кобалава Ж.Д.
Российский Университет Дружбы Народов, Москва, Россия

Цель: В развитии сахарного диабета 2 типа (СД2т) и его осложнений важную роль играет эндотелиальная дисфункция. Концентрация адипонектина (Ад), адипоцитокина с инсулинсенситизирующими, противовоспалительными и антиатерогенными свойствами, снижена у больных с СД. Цель исследования – изучение связи уровня Ад с эндотелийзависимой дилатацией плечевой артерии (ЭЗВД ПА) у пациентов нелеченным СД2т.

Методы: у 84 пациентов с нелеченным СД2т (60 мужчин, 59,0±0,8 лет (M±m), ИМТ 30,4±0,4 кг/м2, длительность СД 2,6±0,2 года, гликемия натощак 9,7±0,2 ммоль/л, фруктозамин 309,4±4,6 мкмоль/л, общий холестерин (ОХ) 5,13±0,11 ммоль/л, ЛНП 3,22±0,11 ммоль/л, ЛВП 1,15±0,03 ммоль/л, триглицериды (ТГ) 2,40±0,16 ммоль/л, АД 139,4±1,2/77,7±1,2 мм рт.ст., 14% курили, 71,4% получали антигипертензивную терапию) уровень Ад определяли методом ELISA, исследование ЭЗВД ПА - в пробе с реактивной гиперемией (с применением 10,0 МГц линейного датчика на аппарате VIVID 7, GE, США). При ЭЗВД ПА <10% диагностировалась эндотелиальная дисфункция. Корреляционный анализ проводился по Спирману.

Результаты: Уровень Ад составил 4,2±0,2 мкг/мл, ЭЗВД ПА 6,7±0,3%, ЭД выявлена у 89%. ЭЗВД ПА была ниже у мужчин, чем у женщин (6,0±0,5 vs 8,5±0,3%; $p<0,001$), у курящих, чем у некурящих (5,1±0,7 vs 6,9±0,1%; $p<0,001$), у пациентов с абдоминальным ожирением, чем без ожирения (6,4±0,7 vs 8,6±0,9%; $p<0,001$), при дислипидемии IIb типа (5,6±0,8%) по сравнению с IIa типом (7,4±1,7%; $p<0,001$) и III типом (7,8±1,3%; $p<0,001$). Выявлена связь ЭЗВД с метаболическими параметрами: положительная связь – с ЛВП ($r=0,25$; $p=0,02$), отрицательная с ОХ ($r=-0,38$; $p<0,001$), ТГ ($r=-0,29$; $p<0,01$), фруктозамином ($r=-0,48$; $p<0,001$). Обнаружена положительная корреляция ЭЗВД с Ад ($r=0,52$; $p<0,001$). У пациентов с ЭД по сравнению с больными без ЭД уровень Ад ниже. По результатам множественного регрессионного анализа независимыми детерминантами ЭЗВД являются фруктозамин ($\beta=-0,83$; $p<0,01$), ТГ ($\beta=-0,62$; $p<0,01$) и Ад ($\beta=0,32$; $p<0,01$).

Заключение: У пациентов с нелеченным СД2т снижение Ад независимо связано с нарушением функционального состояния

эндотелия, оцененного по ЭЗВД ПА. Ад, оказывая влияние на функцию эндотелия, может выступать связующим звеном между жировой тканью, СД и сосудистыми осложнениями.

0158 СНИЖЕНИЕ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ СВЯЗАНОЕ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПАРАМЕТРАМИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Виллевальде С.В., Гудгалис Н.И., Исикова Х.В., Кобалава Ж.Д.
Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

Цели: Нарушение функции почек является независимым негативным прогностическим фактором у больных сахарным диабетом 2 типа (СД2т). Воспаление играет роль в развитии СД2т и его осложнений. Цель исследования - оценить скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по разным формулам у больных нелеченным СД2т и изучить ее взаимосвязь с параметрами углеводного и липидного обмена, а также маркерами воспаления.

Материалы и методы: У 158 больных с нелеченным СД2т (82 мужчины, возраст 56,2±0,7 лет (M±m), ИМТ 31,5±0,5 кг/м2, длительность диабета 2,3±0,2 года, HbA1C 7,8±0,1%, холестерин 5,8±0,1 ммоль/л, АД 138,3±2,2/83,0±0,7 мм рт.ст., 30% курили, 72% получали антигипертензивную терапию) определяли уровень провоспалительных цитокинов (ФНО-альфа, ИЛ-6), антивоспалительного цитокина - адипонектина и показателей функции почек (сывороточного креатинина (Кр), цистатина С, отношения альбумин/креатинин мочи (А/Кр)). СКФ оценивали по формуле Кокрофта-Гаулта (СКФ1), уравнению MDRD (СКФ2), а также основанных на уровне цистатина С формулах – формуле Hoek (СКФ3) и Larsson (СКФ4). Корреляционный анализ проводили по Спирману.

Результаты: Средний уровень ФНО-альфа составил 1,50±0,07 нг/л, ИЛ-6 2,31±0,20 нг/л, адипонектина 5,9±0,4 мкг/мл, цистатина С 0,91±0,02 мг/л, мочевой кислоты 335,5±7,1 мкмоль/л. Выявлена прямая связь цистатина С с ФНО-альфа (r=0,27; p<0,05), СКФ2 с ЛВП (r=0,22; p<0,01) и адипонектином (r=0,40; p=0,006), и обратная связь СКФ2 с уровнем мочевой кислоты (r=-0,23; p=0,005), абсолютным числом моноцитов (r=-0,21; p<0,01). Обнаружена отрицательная связь СКФ3 с мочевой кислотой (r=-0,48; p<0,001), отрицательная связь СКФ4 с мочевой кислотой (r=-0,48; p<0,001) и ФНО-альфа (r=-0,47; p<0,01). Не установлено достоверной связи креатинина сыворотки, СКФ1 с метаболическими и воспалительными параметрами.

Выводы: у больных с нелеченным СД2т СКФ, рассчитанная по уравнению MDRD, ассоциируется с показателями липидного, углеводного обмена, маркерами воспаления. Цистатин С и СКФ, рассчитанная по основанным на его уровне формулам, связаны с показателями воспаления, но не с метаболическими параметрами.

0159 ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ТИПЫ ЕГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Вихман Е.А., Перекальская М.А., Макарова Л.И., Махмудян Д.А.
Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель: изучить сравнительную частоту гипертрофии левого желудочка и типы его ремоделирования у мужчин пожилого и старческого возраста с различными вариантами артериальной гипертензии (АГ) в зависимости от времени ее формирования.

Методы исследования: обследованы 215 мужчин с АГ 60-88 лет. Выделены 3 группы: 1 группа (ИСАГ I) - 63 пациента с первичной изолированной систолической АГ (ср. возр. 68,9±5,9 лет, давность АГ 5,2±3,5 лет, возр. повышения АД - после 60 лет); 2 группа (ИСАГ II) - 52 человека с ИСАГ, трансформировавшейся из первичной систоло-диастолической АГ (ср. возр. 71,7±5,8 лет, давность АГ 14,3±2,8 лет, возр. повышения АД - 40-60 лет); 3 группа (СДАГ) - 100 человек с систоло-диастолической АГ (ср. возр. 66,9±5,7 лет, давность АГ 27,9±6,2 лет, возр. повышения АД - 30-40 лет). Определялись гемодинамические и эхокардиометрические параметры, рассчитывались ММЛЖ, ИММЛЖ, коэффициент податливости артериальной стенки (КП), как отношение ударного объема к пульсовому давлению. Выделяли: концентрическое ремоделирование левого желудочка (КР), эксцентрическую гипертрофию (ЭГЛЖ), концентрическую гипертрофию (КГЛЖ).

Результаты: в группе СДАГ найдены достоверно (p<0,01) более высокие, чем в группах ИСАГ I и ИСАГ II, показатели ММЛЖ, ИММЛЖ (ИСАГ I: ММЛЖ - 275,8±69,3г и ИММЛЖ - 148,0±30,4г/м^2, ИСАГ II: ММЛЖ - 279,4±51,9г и ИММЛЖ - 150,9±28,1г/м^2, СДАГ: ММЛЖ - 317,8±101,1г и ИММЛЖ - 168,4±46,1г/м^2). Не обнаружено различий между группами ни по частоте гипертрофии левого желудочка (ИСАГ I –77,5%, ИСАГ II – 83,0%, СДАГ – 83,0%), ни по КП (ИСАГ I – 1,13±0,39, ИСАГ II – 1,19±0,30, СДАГ – 1,24±0,39), что, вероятно, связано с влиянием “феномена отраженной волны” при ИСАГ. При регрессионном анализе выявлена линейная зависимость ММЛЖ и КП в группах ИСАГ I и СДАГ. Найдено, что гипертоническое ремоделирование ЛЖ отсутствовало в группе ИСАГ I у 22,5%, ИСАГ II - у 17,0%, СДАГ - у 16,7%. КР встретилось достоверно реже при ИСАГ I и ИСАГ II, чем при СДАГ (при ИСАГ I и ИСАГ II – 3,0 %, при СДАГ - 8,3% (p<0,01). ЭГЛЖ обнаруживалась при ИСАГ I с той же частотой, что и при СДАГ (ИСАГ I - 41,2%, СДАГ – 41,7%.) и достоверно чаще в группе ИСАГ II – 60,0% (p<0,01). КГЛЖ наблюдалась при ИСАГ I и СДАГ с одинаковой частотой и достоверно реже при ИСАГ II (ИСАГ I – 33,3%, СДАГ – 33,3%, ИСАГ II – 20,0% (p<0,01)).

Выводы: наиболее высокие темпы гипертонического ремоделирования ЛЖ у мужчин пожилого и старческого возраста характерны для ИСАГ, формирующейся первично в возрасте после 60 лет, о чем свидетельствует достоверно более редкое обнаружение раннего варианта ремоделирования левого желудочка - КР в группах ИСАГ I, ИСАГ II и отсутствие различий по частоте наиболее неблагоприятного в плане развития сердечной недостаточности варианта ремоделирования левого желудочка – КГЛЖ в группе ИСАГ I по сравнению с группой СДАГ.

0160 СВЯЗЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МУЖЧИН СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Вихман Е.А., Перекальская М.А., Макарова Л.И., Махмудян Д.А.
Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель: изучить особенности метаболического синдрома у пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от давности ее формирования.

Методы исследования: обследованы 215 мужчин в возрасте 60-88 лет, выделены три группы: I группа – 100 человек с АГ, сформировавшейся в 40-49 лет (средний возраст регистрации АГ 45,2±3,2 г.), II группа - 52 пациента с АГ, диагностированной в 50-59 лет (средний возраст регистрации АГ 54,3±2,8 г.), и III группа - 63 человека с АГ, диагностированной в 60-69 лет (средний возраст регистрации АГ 66,1±2,4 г.). Рассчитывали индекс массы тела (ИМТ) с распределением на подгруппы с нормальной массой тела (МТ), избыточной МТ и ожирением, определяли липидную формулу, уровень тощаковой и постпрандиальной гликемии. Проводили оценку инсулинорезистентности по косвенным критериям (NCEP, 2002г), изучали гемодинамические показатели, коэффициент податливости артериальной стенки (КП), морфометрические параметры сердца по данным ЭхоКГ.

Полученные результаты: признаки инсулинорезистентности в I группе выявлены у 20,0% пациентов, во II группе - у 9,7%, в III группе - у 7,5%. Частота СД 2 типа составила в I группе 29,9%, во II группе - 26,2%, в III группе - 4,1%. Показатели САД, ДАД и

АД ср., ММЛЖ и ИММЛЖ были достоверно (p<0,05) выше у пациентов I группы по сравнению с III группой. Анализ гемодинамических и морфометрических показателей сердца при распределении на подгруппы по МТ достоверных различий не выявил, корреляционных связей между ИМТ и данными показателями не обнаружено. В I группе корреляционных связей между гемодинамическими, морфометрическими параметрами сердца, показателями углеводного и липидного обменов не найдено, вероятно, в связи с тем, что треть больных данной группы принимала гипогликемизирующие препараты и гиполипидемические средства. Во II группе обнаружена зависимость между уровнем ОХС и ФВ (rij=+0,45, p<0,001). В III группе найдены корреляции между уровнем глюкозы натощак и КП (rij=+0,3, p<0,001), содержанием ОХС и размером левого предсердия (rij=+0,31, p<0,001), уровнем триглицеридов и толщиной ЗС ЛЖ (rij=-0,53, p<0,001). Исследование коэффициентов парной и частной корреляции в III группе показало следующее: обратная связь между ФВ и размером ЛП (rij=-0,45, p<0,001) была обусловлена влиянием уровня глюкозы натощак, так как при фиксировании глюкозы связь между ФВ и размером ЛП становится прямой (rij/1=+0,45, p<0,001), а уровень постпрандиальной гликемии влиял на связь между КП и ММЛЖ (rij=+0,4, rij/1=+0,61, p<0,001).

Выводы: у мужчин с АГ в возрасте 60-88 лет признаки метаболического синдрома выявляются достоверно чаще при раннем формировании АГ, половина таких пациентов имеют нарушения углеводного обмена. Обнаружено, что в группе с поздним формированием АГ биохимические сывороточные маркеры метаболического синдрома имеют как непосредственное влияние на гемодинамику и морфометрические показатели сердца, так и опосредованное - на взаимосвязь между ними.

0161 ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ИЗОФЕРМЕНТА ЦИТОХРОМА Р-450 3А4 В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Владимиров А.Г., Кукес В.Г., Андреев Д.А.
ГУЗ Госпиталь для ветеранов войн №3, Москва, Россия; ФГУ «НЦ ЭСМП» Росздравнадзора, Москва, Россия; Клиника кардиологии ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цели: определение особенностей функционирования системы CYP3A4 в остром периоде инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ИМПСТ) и их связь с клинико-лабораторными показателями.

Методы: Для решения поставленных задач в клиническую группу было включено 50 пациентов с острым инфарктом миокарда в первые 24 часа от начала симптомов заболевания. Все пациенты со ИМПСТ были разделены на 2 группы: 1 группа – пациенты с неосложненным течением ИМПСТ (n=26); 2 группа – пациенты со ИМПСТ, осложненным явлениями сердечной недостаточности Killip II – III (n=24).

Для оценки функционирования CYP 3A4 использовался тест, основанный на определении концентрации метаболита лидокаина моноэтилглицинэксилидида в сыворотке крови.

MEGX-тест проводился сразу после поступления пациента до назначения терапии. Повторное определение уровня MEGX проводилось на 4-5 сутки заболевания. Для сравнения нами был определен показатель MEGX у 13 мужчин – здоровых добровольцев.

Результаты: в группе неосложненного течения заболевания показатель MEGX исходно оказался достоверно выше MEGX в группе осложненного течения (132,1±16,85 нг/мл и 31,9±2,02 нг/мл; p<0,001). Группы достоверно различались между собой по показателю сердечного индекса (3,03±0,09 и 2,61±0,08 л/мин*м^2; p<0,01) и уровню аланинаминотрансферазы крови (38,9±3,8 и 149,1±39,7 ЕД/л; p<0,01).

При сравнении с группой здоровых добровольцев показатель MEGX также оказался выше в группе неосложненного течения ИМПСТ (132,1±16,85 нг/мл и 63,6±14,01 нг/мл; p<0,001). В группе здоровых добровольцев сердечный индекс оказался достоверно меньше такового в группе неосложненного течения ИМПСТ (2,75±0,05 и 3,03±0,09 л/мин*м^2; p<0,01).

На 4-5 сутки заболевания уровни MEGX в обеих группах пациентов со ИМПСТ достоверно не отличались от исходных уровней (в группе неосложненного течения инфаркта миокарда – 131,0±16,0 нг/мл, в группе осложненного течения – 35,6±2,05 нг/мл).

Выводы: активность системы CYP 3A4 в остром периоде ИМПСТ угнетена у пациентов при наличии признаков острой сердечной недостаточности. Это связано с развитием у пациентов этой группы признаков повреждения печени (ишемического и застойного характера), что подтверждается повышенным уровнем АЛАТ крови. У пациентов с неосложненным течением ИМПСТ результаты теста оказались выше нормальных, что, по нашему мнению, обусловлено симпатической активации в острейшем периоде инфаркта миокарда. Наличие повышенной симпатической активности в остром периоде у этих пациентов подтверждается достоверно более высокими показателями сердечного индекса, чем у здоровых добровольцев.

0162 КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ СПИРОНОЛАКТОНА ПРИ ЕГО РАННЕМ НАЗНАЧЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST.

Владимиров А.Г., Кукес В.Г., Андреев Д.А.
ГУЗ Госпиталь для ветеранов войн №3, Москва, Россия; ФГУ «НЦ ЭСМП» Росздравнадзора, Москва, Россия; Клиника кардиологии ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель: в рамках исследования по оценке эффективности спиронолактона, назначаемого с первых суток острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ИМПСТ) проанализирована (1) частота случаев гиперкалиемии, (2) влияние на объемные параметры левого желудочка по данным ЭХОКГ

Методы: Спиронолактон назначен 50 пациентам с ИМПСТ в дозе 50 мг/сут. Контрольную группу составили также 50 пациентов. В каждой из групп выделяли подгруппы с неосложненным течением и осложнением в виде сердечной недостаточности. Эхокардиографическое исследование проведено при поступлении и на 21 сутки заболевания.

Результаты. В группе терапии спиронолактоном неосложненного течения ИМПСТ (n = 26) уровни калия (в ммоль/л) исходно, на 4-5 сутки и на 14 сутки заболевания соответственно составили: 4,0±0,08; 4,3±0,07**/^{0}; 5,02±0,04***/^{000}. В контрольной группе неосложненного течения ИМПСТ (n=25): 4,2±0,05; 4,15±0,05; 4,4±0,05*. В группе терапии осложненного течения ИМПСТ (n=24): 4,3±0,09; 4,65±0,1**/^{00}; 5,01±0,05***/^{00}. В контрольной группе осложненного течения ИМПСТ (n=25): 4,1±0,06; 3,9±0,03**; 4,25±0,05. Примечания: * - достоверность различий по сравнению с исходным значением:* - p≤0,05; ** - p≤0,01; *** - p≤0,001. ^{0} - достоверность различий по сравнению с контрольной группой: ^{0} - p≤0,05; ^{00} - p≤0,01; ^{000} - p≤0,001.

Умеренная гиперкалиемия была выявлена у 4 пациентов (8% от общего числа пациентов) и послужила причиной отмены препарата. Случаев тяжелой гиперкалиемии и других побочных эффектов спиронолактона в нашем исследовании зафиксировано не было.

В группе пациентов, получавших спиронолактон, происходило достоверное уменьшение КСО ЛЖ (с 96,8 мл при поступлении до 91,4 мл на 21 сутки; p ≤ 0,05) и нарастание ФВ ЛЖ (с 42,9% до 46%; p≤0,01). Достоверных изменений КДО ЛЖ в обеих группах не было выявлено. В группе пациентов, не получавших спиронолактон, не происходило достоверных изменений КСО ЛЖ и ФВ ЛЖ.

Выводы: Раннее использование спиронолактона приводит к достоверному уменьшению КСО ЛЖ и росту ФВ ЛЖ на 21 сутки заболевания. Частота развития гиперкалиемии не превышает ожидаемые значения.

0163 ВЛИЯНИЕ ПРИЕМА ФЕНОБАРБИТАЛА НА АКТИВНОСТЬ ИЗОФЕРМЕНТА ЦИТОХРОМА Р-450 3А4 В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Владимиров А.Г., Кукес В.Г., Андреев Д.А.

ГУЗ Госпиталь для ветеранов войн №3, Москва, Россия; ФГУ «НЦ ЭСМП» Росздравнадзора, Москва, Россия; Клиника кардиологии ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цели: изучение динамики активности CYP 3A4 под влиянием назначения фенобарбитала у пациентов со STEMI.

Методы: Для решения поставленных задач в клиническую группу было включено 50 пациентов с острым инфарктом миокарда. Все пациенты со STEMI были разделены на 2 группы: 1 группа – пациенты с неосложненным течением STEMI (n=26); 2 группа – пациенты со STEMI, осложненным явлениями сердечной недостаточности Killip II – III (n=24).

Для оценки функционирования CYP 3A4 использовался тест, основанный на определении концентрации метаболита лидокаина моноэтилглицинэксилидида в сыворотке крови. За исходный принимался уровень MEGX на 4-5 сутки заболевания. После этого у части пациентов к стандартной терапии добавлялся фенобарбитал (стимулятор системы CYP 3A4) в составе препарата «Валокордин» и проводилось определение MEGX на 14 сутки заболевания. Сравнивались показатели MEGX между группами пациентов, принимавших и не принимавших фенобарбитал.

Результаты. В группе неосложненного течения ИМПСТ: -стандартная терапия + фенобарбитал (n=13): на 4-5 сутки – 136,7±27,8 нг/мл, на 14 сутки – 209,1±16,4 нг/ мл (p≤0,001); -стандартная терапия (n=13): на 4-5 сутки – 126,3±16,9 нг/мл; на 14 сутки – 106,0±10,1 (различия между значениями статистически недостоверны).

В группе осложненного течения инфаркта миокарда: -стандартная терапия + фенобарбитал (n=12): на 4-5 сутки – 35,2±2,6 нг/мл, на 14 сутки – 138,2±1,5 нг/мл (p≤0,001); -стандартная терапия (n=12): на 4-5 сутки – 37,5±3,3 нг/мл, на 14 сутки – 91,1±5,7 нг/мл (p≤0,001).

Выводы: прием фенобарбитала достоверно повышает активность CYP 3A4 в обеих группах пациентов с инфарктом миокарда. Таким образом, при STEMI возможно проведение фармакологической стимуляции CYP 3A4.

У пациентов с неосложненным течением STEMI, не принимавших фенобарбитал, средний уровень MEGX на 14 сутки оказался меньше исходного, что, по нашему мнению, связано с нормализацией тонуса симпатической нервной системы.

У пациентов с осложненным течением STEMI, не принимавших фенобарбитал, средний уровень MEGX на 14 сутки повысился и достиг уровня нормального. Мы считаем, что это связано со стабилизацией состояния пациентов и регрессированием признаков СН.

0164 ВЗАИМОСВЯЗЬ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И АСИНХРОНИЗМА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМ АОТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ

Водолажский Ю.Л., Мороз-Водолажская Н.Н., Островский Ю.П.
РНПЦ “Кардиология”, Минск, Беларусь

Многоцентровые исследования доказали значимость и необходимость как изолированной ресинхронизации сердца, так и в сочетании ее с имплантацией дефибриллятора-кардиовертера у больных с гипертрофической кардиомиопатией, дилатационной кардиомиопатией (исследование COMPANION), ишемической болезнью сердца при QRS>120 мс. В то же время у больных с аортальным стенозом и нарушением внутрижелудочкового проведения вследствие выраженной гипертрофии миокарда асинхронизм сердца остается мало изученным явлением.

Цель: изучить асинхронизм сердца у больных с гипертрофией левого желудочка вследствие выраженного стеноза аортального клапана ревматической этиологии.

Материал. Обследовано 28 больных (44±6,4 лет) с выраженным ревматическим аортальным стенозом (максимальный градиент 80,6±10,2 мм Hg, площадь 0,77 см2), гипертрофией миокарда ЛЖ (ММ ЛЖ 215-462 гр) и QRS 125±12 мс (QRS>100 у 67% больных, QRS>120 мс – 25% больных). В зависимости от степени гипертрофии ЛЖ больные были разделены на 2 группы: 1 гр. – 13 больных с массой миокарда (ММ ЛЖ) до 300г (Дд 51,6 мм, ФВ 52,8±11,3%, ММ ЛЖ 260,6±22,3 гр., NYHA класс 2,2±0,4), 2 гр.- 15 больных с ММ ЛЖ >300 гр. (Дд 61,7 мм, ФВ 40±11,7%, ММ ЛЖ 370,9±41,2 гр., NYHA класс 3,2±0,3 p<0,01 для всех между группами).

Методы. ЭКГ, эхокардиография с расчетом внутри- и межжелудочкового асинхронизма проведены до и после операции аортального протезирования двустворчатыми протезами ПланиксТ.

Результаты. В группе больных с умеренной ГЛЖ (1 гр) внутрижелудочковый асинхронизм был у 30% больных (в среднем задержка сокращения МЖП по сравнению с сокращением задней стенки ЛЖ 120 мс), а у больных 2 гр – у 50% больных (в среднем задержка сокращения МЖП 116,7 мс). Межжелудочковый асинхронизм (более 80 мс) в группе 1 не наблюдался, в то время как во 2 группе зарегистрирован у 50% больных. Достоверной корреляции времени задержки сокращения стенок ЛЖ и глобальной ФВ ЛЖ не получено, однако при проведении эхокардиографии с тканевой визуализацией миокарда (Ea, Aa, Sa) отмечена хорошая корреляция показателей.

Выводы. У больных с ревматическим аортальным стенозом выраженная гипертрофия миокарда ЛЖ (более 300 гр) в 50% случаев сопровождается развитием внутри и межжелудочкового асинхронизма, не ассоциированного с глобальной систолической дисфункцией миокарда, однако связанная с нарушением локальной систолической функции ЛЖ по данным тканевого допплера.

0165 ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ЭНДЕМИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В РОССИИ – БОЛЬШОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ

Волков В.С.
ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава, Тверь, Россия

За последние 70 лет артериальная гипертония (АГ) из относительно редко встречающегося заболевания (1-2% среди взрослого населения, 1939г) превратилась в патологию, имеющую характер эндемии (40-45%, 2003-2005гг). Конкретная причина этой эндемии остается не известной.

Повышенное потребление поваренной соли (ПС) является важнейшим фактором риска АГ. Согласно ВОЗ, потребление ПС свыше в сутки 6 г и больше чревато развитием АГ.

В России население потребляет в настоящее время в среднем 12 г ПС (в 50-х годах 7-8 г). Больные АГ (по данным экскреции Na с мочой у 613 пациентов) потребляют в сутки в среднем 16,2 г ПС, тогда как здоровые (136 пациентов) - 7 г (p<0,01). Эти различия обусловлены в основном снижением у больных АГ вкусовой чувствительности языка к ПС. Порог вкусовой чувствительности к ПС у здоровых лиц 0,2±0,03% хлорида натрия и не изменяется с возрастом, у больных АГ - 0,35±0,025% (p<0,01) и становится выше с увеличением возраста. Вторым фактором, обуславливающим большое потребление ПС, является привычка досаливать пищу. Она формируется в детстве, в семье.

При обследовании 613 больных (клиника, суточное мониторирование АД, эхокардиография) установлено, что при большом потреблении ПС первоначально повышается реактивность сердечно-сосудистой системы, в виде чрезмерного повышения АД на стресс. При развитии АГ и продолжающемся большом потреблении ПС ухудшается течение заболевания: увеличивается количество жалоб, становится выше АД (r=0,20-0,22; p<0,05 между АД и потреблением ПС), чаще развиваются гипертонические кризы, раньше (на 7 лет) развиваются осложнения, а гипотензивная терапия становится менее эффективной. При суточном мониторировании АД у больных, потребляющих много ПС, выше АД,, доминируют недипереры и найтникеры, что свидетельствует о нарушении циркадного ритма регуляции АД. У больных, потребляющих много ПС, на эхокардиограмме имеются признаки, как гипертрофии миокарда, так и его дилатации (r=0,18; p<0,05 между массой миокарда левого желудочка и потреблением ПС; r=0,25; p < 0,05 между конечным диастолическим объёмом и потреблением ПС). Полученные данные свидетельствуют, что клинико-функцио-

нальные особенности АГ у больных, потребляющих большое количество ПС, обусловлены гиперволемией, обусловленной в свою очередь задержкой натрия в организме.

Наилучший эффект в лечении у больных АГ, потребляющих большое количество ПС, следует ожидать от применения диуретиков.

Главным профилактическим мероприятием в отношении АГ является всемерное ограничение потребления ПС. При этом создание государственной программы, направленной на ограничение потребления ПС населением, представляется необходимым.

0166 ПЛАЗМЕННЫЙ УРОВЕНЬ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА - ПРЕДИКТОР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИБС С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Волкова С.Ю., Шалаев С.В.
Тюменский Отдел Южно-Уральского научного центра РАМН, Областной кардиологический диспансер, ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава. Тюмень, Россия

Цель. Оценить прогностическое значение определения плазменных концентраций N-терминального отрезка мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с систолической дисфункцией левого желудочка (СДФЛЖ) ишемического генеза и сопоставить эти данные с другими предикторами сердечно-сосудистой смертности

Материалы и методы. Нами наблюдалась группа больных ХСН ишемического генеза с СДФЛЖ (ФВЛЖ<40%) из 52 человек (42 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 40 до 67 лет (средний возраст - 54±4,9 года). Кроме оценки тяжести ХСН, выраженности ЭхоКГ изменений, проводилось определение плазменной концентрации NT-proBNP конкурентным иммуноферментным методом с использованием реактивов Biomedica. Статистическая обработка проводилась с использованием методов статистического пакета STATISTICA (версия 6.0).

Результаты. Средний срок наблюдения за пациентами составил 2,5 лет (28,2±14,6 месяцев). Смертность в процессе проспективного наблюдения составила 25% (n=13). Результаты исследования показали, что значимо сокращалась выживаемость пациентов при плазменном уровне NT-proBNP четвертого квартиля (более 732 фмоль/мл) (406 (127-720) против 1070 (994-1173) дней в остальных квартилях (p=0,01). В два раза была выше частота летального исхода у пациентов с ФВЛЖ<35% (36,8% против 18,2% в группе выживших, p=0,04). Относительный риск летального исхода был достоверно повышен при КСРЛЖ более 5,8 см (ОР (95%ДИ) =9,6 (1,7-53,8), p=0,01), отказе от проведения операции реваскуляризации (ОР=1,5(1,2-2,0), p=0,026) и повышение плазменного уровня NT-proBNP более медианы (495 фмоль/мл) (ОР=2,8 (1,0-8,1), p=0,038). Основными факторами, влияющими на выживаемость пациентов с систолической дисфункцией ЛЖ являлись: размеры КСРЛЖ менее 5,8 см и плазменный уровень NT-proBNP менее 1000 фмоль/мл.

Выводы. Таким образом, исследование плазменного уровня NT-proBNP у больных ХСН с СДФЛЖ ишемического генеза позволяет выделить группу лиц с неблагоприятным прогнозом в отношении сердечно-сосудистой смертности.

0167 ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ ДО И ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Волкова Ю.А.
ГОУ ВПО Тверская ГМА, Тверь, Россия

Цель исследования. Установить возможность использования показателей центральной гемодинамики (ЦГ) для оценки изменяющегося тиреостата на состояние миокардиально-гемодинамического гомеостаза в динамике радикального лечения.

Материал и методы. У 124 больных (мужчин – 37, женщин – 87; средний возраст – 50,4±1,7 года) манифестным (73) и осложненным (51) тиреотоксикозом до и после резекции щитовидной железы проводились иммуноферментное определение тиреотропного гормона гипофиза (ТТГ, мМе/л), свободного тироксина (Т4св, пмоль/л), а также анализ ТПРГ с определением МОК (л/мин), УО (мл), УИ (мл/м2), СИ (л/мин/ м2), ОПСС (дин* см-5*с), а также коэффициента вазомиокардиальных соотношений ЦГ – КВМСЦГ= (УО+УИ+СИ) / ОПСС• 100% (норма – 12,7±1,4%).

Результаты. До резекции щитовидной железы у всех больных содержание в крови ТТГ было низким (0,1±0,04 мМе/л), а Т4св – повышалось от манифестного (51,9±1,9 пмоль/л) к осложненному (59,6±2,6 пмоль/л; p<0,02) тиреотоксикозу. При этом у больных манифестным тиреотоксикозом УО (80,4±2,4), УИ (48,1±2,1), СИ (3,7±0,6) соответствовали норме, хотя имели тенденцию к увеличению абсолютных значений, отражая положительный хроно- и инотропный эффект тиреогенной стимуляции, а при осложненной его форме – значительно снижались (УО – 38,7±1,5; УИ – 20,3±1,8; СИ – 1,9±0,3; p<0,01) в связи с прогрессированием дистрофических процессов в миокарде. Далее от манифестного к осложненному тиреотоксикозу на фоне снижения (p<0,01) МОК с повышенного (5,1±0,2) до нормы (4,2±0,1) увеличивалось (p<0,001) ОППС (с 1627,2±48,7 до 2267,2±110,0) и уменьшался КВМСЦГ (с 7,9±0,4 до 2,5±0,2; p<0,001), указывая на установление дезадаптивного гипокинетического характера ЦГ при усилении тиреотоксикоза.

В раннем послеоперационном периоде после резекции щитовидной железы при достоверном (p<0,001) снижении у всех больных Т4св (14,7±0,5 и 15,75±0,2 пмоль/л) и повышении ТТГ (2,4±0,2 и 4,25±0,4 мМе/л), показатели УО, УИ, СИ, МОК изменялись мало как в случаях манифестного (соответственно, 65,3±4,2; 41,9±3,8; 3,2±0,1; 5,6±0,4), так и осложненного (соответственно, 45,1±3,4; 28,2±4,3; 2,5±0,7; 4,9±0,6) тиреотоксикоза. При этом показатели ОПСС обеих группах достоверно (p<0,001) уменьшалось (при манифестном тиреотоксикозе до 1165,0±27,2, при осложненном – до 1712±57,5), а КВМСЦГ – повышался (соответственно, до 9,6±0,8 и до 4,3±0,5), что в целом характеризовало тенденцию к суммарному эукинетическому сдвигу и в большей степени было выражено при манифестном тиреотоксикозе.

Выводы. При тиреотоксикозе ухудшение кинетических параметров миокарда более выражено при осложненной, чем манифестной форме, характеризуясь формированием гипокинетического типа кровообращения и резким уменьшением КВМСЦГ. Снижение уровня тироксинемии в результате резекции щитовидной железы сопровождается ослаблением симпатической стимуляции хроно- и инотропной функций миокарда, а также тонуса сосудов с перестройкой гемодинамики на эукинетический вариант с увеличением КВМСЦГ.

0168 ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Волчегорская М.И., Алексеев М.Н., Рассохина Л.М.
Челябинская государственная медицинская академия, Челябинск, Россия; Челябинская городская клиническая больница №1, Челябинск, Россия

Цель: провести корреляционный анализ взаимосвязей электрокардиографических (ЭКГ) и эхокардиографических (ЭхоКГ) показателей сердечной деятельности и психометрических параметров депрессии и тревоги у больных сахарным диабетом (СД).

Методы: в исследование было включено 39 больных СД, у которых проводилось изучение структурно-функциональных показателей сердечной деятельности с помощью ЭКГ в 12 станда-

ртных отведениях и ЭхоКГ. Параллельно выполнялась оценка аффективного статуса по результатам заполнения опросника депрессии Бека (ОДБ) и шкалы тревоги Цунга (ШТЦ). Взаимосвязь структурно-функциональных характеристик сердечной деятельности и показателей аффективного статуса оценивалась с помощью рангового корреляционного анализа по Спирмену.

Результаты: в результате проведенного исследования было установлено значимое соответствие между ЭхоКГ показателем индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) и "психическим" кластером ОДБ (r=0,317, p=0,049). "Соматический" кластер ОДБ прямо зависел от показателя относительной толщины стенки левого желудочка (r=0,345, p=0,031). Помимо этого, выраженность соматизированной депрессии существенно зависела от величины интервала QT (r=0,438, p=0,005). При этом общий показатель ОДБ не зависел от изученных ЭхоКГ и ЭКГ показателей.

Выраженность "соматических" проявлений тревоги по ШТЦ также прямо зависел от величины интервала QT (r=0,359 p=0,025). Информативным предиктором выраженности соматической и психической тревоги по ШТЦ оказалась экскурсия межжелудочковой перегородки (r=0,344-0,392 p=0,032-0,014), которая также прямо коррелировала с общим показателем ШТЦ (r=0,407 p=0,01).

Выводы: результаты корреляционного анализа свидетельствуют о том, что показатели структурно-функциональных характеристик сердца у больных СД могут расцениваться как информативные предикторы СД-коморбидной депрессии и сопутствующей тревоги, которые являются общеизвестными факторами снижения качества жизни больных СД и их низкой комплаентности.

0169 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ГЕОМЕТРИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Воробьева И.О.
ГОУ ВПО «Тверская ГМА», Тверь, Россия

Целью работы было уточнение особенностей гемодинамики у больных артериальной гипертонией с церебральными расстройствами.

Материалы и методы. Обследовали 110 больных с АГ (40 мужчин и 70 женщин; средний возраст 52,4±4,1 года). В зависимости от выраженности церебральных расстройств больных разделили на 3 группы: 1-ю составили 30 человек, у которых отсутствуют церебральные нарушения (контрольная), 2-ю - 40 с начальными признаками нарушения мозгового кровотока, 3-ю - 40 пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией I-III стадии. Согласно классификации ВНОК (2004), АГ I стадии была у 25 (22,7%), АГ II- у 60 (54,5%) и АГ III- у 25 (22,7%) больных. Всем больным помимо клинического обследования проводили суточное мониторирование АД (СМАД) и ЭхоКГ

Результаты и обсуждение. В 1 группе по данным СМАД: САД ср. было 134,5±6,9 мм рт.ст., ДАДср. – 79,1±5,7 мм рт.ст., ИВср. САД – 33,3±6,6 %, ИВср. ДАД – 30,2±6,0 %, СНССАД – 12,6±5,1%, СНСДАД – 13,9±4,3%.В суточном профиле АД преобладали dippers - 60%, реже встречались non-dippers– 33,4%, over-dippers– 3,3% и night-peakers– 3,3%. Размеры левого желудочка (ЛЖ) изменены не были (КДР-4,6±0,2 см, КСР 2,9±0.2 см, ТЗСЛЖ- 1,03±0,07 см, ТМЖП-0,99±0,08 см, ОТС-0,44±0,003 см) и не отмечалось превышения ММЛЖ (139,7±8,2 г.). При этом у 15 (50%) отмечалось концентрическое ремоделирование ЛЖ, а у 4 (13,3%) - концентрическая гипертрофия ЛЖ.

Результаты СМАД во 2 группе свидетельствовали о возрастании нагрузки на сосудистое русло. Так, САД ср. составило 138,3±6,2 мм рт.ст., ДАДср. – 82,4±2,2 мм рт.ст., ИВср. САД – 49±4,7%, ИВср. ДАД– 33,5±6,5, СНССАД – 10,9±5,3%, СНСДАД – 14,8±3,9%, что соответствует высокому нормальному уровню АД. В суточном ритме АД dippers составили 47,5%, non-dippers - 45%, over-dippers -5% и night-peakers - 2,5%. По данным ЭхоКГ отмечалось достоверное нарастание ММЛЖ (163,8±37,2 г, p<0,05) за счет ТЗСЛЖ (1,1±0,09 см, p<0,05) и ТМЖП (1,1±0,1 см, p<0,05). при некотором увеличении КДР (4,93±0,5 см), КСР (3,26±0,6 см) и ОТС (0,45±0,05 см). При этом кроме концентрической гипертрофии ЛЖ (17;42,5%) и концентрического ремоделирования ЛЖ (10;25%), у 8 (20%) обнаруживалась эксцентрическая гипертрофия ЛЖ.

В 3 группе САДср.-140,7±7,2 мм рт.ст., ДАДср. – 81,7±4,6 мм рт.ст., ИВср. САД – 54,1± 6,2 %, ИВср. ДАД – 51,5±8,4 %, СНССАД – 10,1±5,4%, СНСДАД – 12,8±3,2%. В этой группе выявлялись наиболее неблагоприятные изменения суточного профиля АД: non-dippers -50%, dippers -37,5%, over-dippers - 7,5% и night-peakers 5%.При ЭхоКГ ММЛЖ была наибольшей (174,03±15,2 г, p<0,05), причем увеличение было не только за счет ТМЖП (1,2±0,2 см, p<0,05), но и достоверного увеличения ТЗСЛЖ (1,13±0,1 см, p<0,05) без признаков дилатации (КДР- 5,2±0,4 см, КСР-3,1±0,3 см). При этом отмечалось увеличение частоты концентрической и эксцентрической ГЛЖ, которая соответственно встречалась у 24 (60%) и у 13 (32,5%) пациентов.

Выводы. Таким образом у больных АГ наличие сосудисто-мозговой недостаточности сочетается с выраженными структурно-функциональными изменениями миокарда и нарушением суточного ритма АД, т.е. формируется кардиально-церебральный синдром, тяжесть которого необходимо учитывать в целостной оценке состояния больных АГ, при назначении комплексной терапии и в процессе решения экспертных вопросов.

0170 ВЛИЯНИЕ ТРЁХМЕСЯЧНОЙ ТЕРАПИИ ВАРФАРИНОМ НА УРОВЕНЬ Д-ДИМЕРА ПРИ ТРОМБОЗАХ ГЛУБОКИХ ВЕН И ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Воробьёва Н.М.[1], Добровольский А.Б.[1], Титаева Е.В.[1], Кириенко А.И.[2], Панченко Е.П.[1]
ФГУ РКНПК[1],Москва, Россия; РГМУ им. Н. И. Пирогова[2], Москва, Россия

Цель работы. Оценить влияние трёхмесячной терапии варфарином на уровень Д-димера у больных, перенесших эпизод тромбоза глубоких вен (ТГВ) и/или тромбоэмболии лёгочной артерии (ТЭЛА).

Методы исследования. Обследовали 44 пациента (34 мужчины, 10 женщин) в возрасте 52,6±14,5 (18-75) лет, госпитализированных в связи с эпизодом ТГВ и/или ТЭЛА. У 16 (36,4%) больных ТГВ осложнился тромбоэмболией в систему лёгочной артерии, у 12 (27,3%) – ТГВ сочетался с тромбозом поверхностных вен. В 16 (36,4%) случаях настоящий эпизод ТГВ и/или ТЭЛА был повторным. Проксимальный ТГВ имели 38 (88,4%) человек. Все больные в стационаре получили нефракционированный гепарин в течение 10-14 дней с последующим переходом на приём варфарина. Дозу варфарина подбирали под контролем международного нормализованного отношения до достижения целевых показателей (2,0-3,0). Содержание в крови Д-димера определяли методом латексной агглютинации с использованием наборов реактивов «STA LIATEST® D-DI» (Roche Diagnostics). Нормальное значение Д-димера <0,5 мкг/мл. Уровень Д-димера оценивали сразу после выписки из стационара, через 1 и 3 мес. после выписки. Статистическая обработка данных выполнена с использованием программы SPSS 11.5 for Windows. Результаты представлены как медианы (25-й процентиль – 75-й процентиль).

Результаты. Длительность терапии антикоагулянтами к моменту определения Д-димера составляла от 15 до 37 дней (медиана 24 дня, интерквартильный размах 20-28 дней). Уровень Д-димера сразу после выписки составлял 0,93 (0,48-1,52) мкг/мл, при этом он был повышен у 32 (72,7%) больных. При проведении корреляционного анализа выявлена обратная взаимосвязь между исходным уровнем Д-димера и длительностью антикоагулянтной терапии ко времени его определения (r=-0,34, p=0,03). Дальнейшая терапия варфарином привела к дос-

товерному снижению Д-димера – до 0,26 (0,16-0,43) мкг/мл (p<0,001) через 1 мес. и до 0,12 (0,08-0,21) мкг/мл (p<0,001) через 3 мес. от начала амбулаторного этапа лечения. Число больных с повышенным уровнем Д-димера уменьшилось до 9 (20,5%) через 1 мес. после выписки (p<0,001) и до 2 (4,5%) – через 3 мес. (p<0,001). Среди 9 больных с повышенным содержанием Д-димера через 1 мес. после выписки, тем не менее, обнаружено достоверное снижение его уровня с 1,83 (0,87-2,35) мкг/мл до 1,0 (0,64-1,05) мкг/мл (p=0,028). При этом у 2 из 9 больных с повышением Д-димера через 1 мес. были выявлены повторные тромбозы в поверхностных венах нижних конечностей. Повышение уровня Д-димера через 3 мес. после выписки в обоих случаях было обусловлено возникновением повторных тромбозов (1 – в глубоких венах, 1 – в поверхностных венах нижних конечностей).

Выводы. При ТГВ и/или ТЭЛА трёхмесячная терапия варфарином существенно снижает содержание в крови маркёра фибринообразования – Д-димера, что свидетельствует об эффективности проводимой антикоагулянтной терапии.

0171 ИЗМЕНЕНИЕ СКОРОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ И СЕРДЕЧНО-ЛОДЫЖЕЧНОГО СОСУДИСТОГО ИНДЕКСА У ПАЦИЕНТОВ РАЗНОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Воробьев А.С., Вычик А. А., Куванина А.В., Ставцева Ю.В., Кобалава Ж.Д.
Российский Университет Дружбы Народов, Москва, Россия

Цель: Жесткость артериальной стенки оценивается по скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) в аорте и сердечно-лодыжечному сосудистому индексу (СЛСИ). СРПВ прямо зависит от уровня АД. Алгоритм расчета СЛСИ учитывает СРПВ в аорте и сводит к минимуму влияние АД на его величину. СРПВ, СЛСИ и пульсовое АД (ПАД) закономерно повышаются с возрастом вследствие утраты эластичности артериями. Предполагается, что у пациентов с различными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, может наблюдаться преждевременное или ускоренное «старение» сосудов. Цель исследования - оценить вклад факторов риска в объективные показатели жесткости сосудистой стенки у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Методы: Обследовано 3 группы пациентов: 1-я группа (n=35) с АГ очень пожилого возраста (78,7±2,6 лет), 2-я группа (n=29) с АГ и СД 2 типа среднего возраста (59,3±4,3 лет), 3-я группа (n=17) без сердечно-сосудистой патологии молодого возраста (22,1±2,7 лет). Определяли систолическое и диастолическое АД на плечевой артерии, пульсовое АД, СРПВ на участке сонная артерия – бедренная артерия (СРПВ-СБ); СРПВ на участке плечевая артерия – большеберцовая артерия (СРПВ-ПББ); СЛСИ при помощи прибора VS-1000 (Fukuda, Denshi). Данные приведены в виде M±m, где M – среднее значение, m – стандартная ошибка среднего значения.

Результаты: Выявлены достоверные различия между 1, 2 и 3 группами соответственно по СРПВ-ПББ 16,7±0,4 м/с^2 (p<0,001 в сравнении с 3 группой) vs 15,0±0,4 м/с^2 (p<0,001 в сравнении с 3 группой) vs 10,1±0,2 м/с^2; СЛСИ 9,3±0,4 м/с^2 (p<0,001 в сравнении с 3 группой) vs 7,9±0,4 м/с^2 (p<0,01 в сравнении с 3 группой) vs 6,7±0,1 м/с^2; ПАД 64,3±2,1 мм рт.ст. (p<0,001 в сравнении с 3 группой) vs ПАД 59,7±3,2 мм рт.ст. (p<0,01 в сравнении с 3 группой) vs 45,9±1,9 мм рт.ст.

Заключение: Полученные данные об отсутствии различий СРПВ в аорте между группами пациентов среднего возраста с СД и очень пожилого возраста без СД подтверждают значение СД как фактора, приводящего к ускорению утраты эластичности аортой. Отсутствие значимых различий СРПВ на участке от плечевой артерии до артерии голени, связанных с возрастом и наличием АГ и СД отражает меньшее влияние этих факторов на сосуды мышечного типа, которые включены в этот сегмент. Показатель СЛСИ, по-видимому, позволяет выявлять более тонкие различия эластических свойств аорты.

0172 МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СТАТУС И ПАРАМЕТРЫ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ХСН ПРИ НОРМАЛЬНОЙ МАССЕ ТЕЛА И ОЖИРЕНИИ

Воробьева Ю.А., Сукманова И.А., Яхонтов Д.А., Дымова Д.М.*
КГУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», Барнаул, Россия; Новосибирский государственный медицинский университет*, Новосибирск, Россия

Цель. Изучить метаболический статус и показатели гемодинамики у больных с систолической ХСН при нормальной массе тела и ожирении.

Материал и методы. Обследовано 60 пациентов в возрасте 45-76 лет с систолической хронической сердечной недостаточностью (ФВ ЛЖ по Teichholz 45% и менее) II-III ФК NYHA, которые были разделены на две группы в зависимости от ИМТ. Первую группу составили 25 пациентов с ожирением (ИМТ≥30 кг/м^2), средний возраст больных 52,0±1,3 лет. Вторую—35 пациентов с нормальной массой тела (ИМТ=18,5-24,9 кг/м^2), средний возраст 56,6±1,3 лет. Всем больным определяли уровень общего холестерина, ХС ЛПВП, триглицеридов, рассчитывали уровень ХС ЛПНВ по формуле Фридвальда. Проводился пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ) с определением уровня инсулина (методом ИФА) натощак и через 2 часа после приема 75 мг глюкозы; определялся уровень гликированного гемоглобина. Инсулинорезистентность оценивали по индексу HOMA. Исследование центральной гемодинамики проводилось на эхокардиографе ACUSON. Для определения ФК ХСН проводился тест с 6-минутной ходьбой.

Результаты. Пациенты 2-ой группы имели более длительный анамнез симптомной сердечной недостаточности (25,8±3,6 месяцев против 12,4±2,1 месяцев в 1-ой группе; p<0,01). Дистанция 6-минутной ходьбы в обеих группах больных достоверных различий не имела. Достоверные различия между группами отмечены в отношении содержания в крови ТГ (2,2±0,1 ммоль/л в 1-ой группе и 1,6±0,1 ммоль/л во 2-ой, p<0,01) и ХС ЛПВП (1,3±0,1ммоль/л в 1-ой группе и 1,0±0,03ммоль/л во 2-ой, p<0,05). Показатели инсулинемии натощак (13,1±0,9 mlU/ml в 1-ой группе и 6,8±0,4 mlU/ml во 2-ой, p<0,001) и после приема глюкозы (41,8±7,4 mlU/ml и 17,9±2,5 mlU/ml, соответственно, p<0,01) оказались достоверно более высокими у пациентов с ожирением; в этой же группе был достоверно выше индекс HOMA (3,1±0,2 против 1,5±0,1, p<0,001). Абсолютные значения гликированного гемоглобина в обеих группах достоверно не отличались ФВ ЛЖ по Teichholz в обеих группах больных достоверно не различалась. В группе больных с ожирением определялась большая толщина МЖП (10,4±0,35 мм против 9,2±0,2 мм,p<0,05) и ЗСЛЖ (10,1±0,3мм против 9,1±0,2 мм, p<0,05). Абсолютные показатели ИММЛЖ не различались в обеих группах, но ММЛЖ была достоверно выше у пациентов с ожирением (433,6±19,3 г против 339,4±11,6 г у пациентов с нормальным весом, p<0,001).

Выводы. Больные с систолической хронической сердечной недостаточностью в сочетании с ожирением, в сравнении с лицами, имеющими нормальную массу тела, имеют более выраженные метаболические нарушения: инсулинорезистентность, гиперинсулинемию, гипертриглицеридемию, снижение уровня ХС ЛПВП, что в сочетании с известными гемодинамическими изменениями определяет высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений у данной категории больных.

0173 КОМПЬЮТЕРНОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИНСУЛЬТА И ИНФАРКТА МИОКАРДА

Воробьев Р.И., Осипова И.В., Симонова Г.И.
ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Росздрава, Алтайская лаборатория эпидемиологии, прогнозирования и профилактики хронических неинфекционных заболеваний НИИ терапии СО РАМН, Барнаул, Россия

Согласно современным представлениям тактика врачебных рекомендаций при сердечно-сосудистых заболеваниях основывается на величине суммарного коронарного риска. Целью настоящего исследования явилось определение вероятности развития инфаркта миокарда и инсульта у обследованных в неорганизованной популяции г. Барнаула после комплексной оценки факторов риска на основе расчета индивидуального риска инфаркта миокарда и инсульта с помощью разработанной авторской компьютерной программы.

Под наблюдением находилось 1260 без болезней системы кровообращения (мужчины и женщины, возраст от 30 до 60 лет), у которых наряду с анамнестическими, анкетными, антропометрическими, клиническими (измерения артериального давления), функциональными исследованиями осуществлялось определение концентрации общего холестерина (ОХС) и холестерина липопротеинов низкой и высокой плотности, триглицеридов. Были выявлены различные факторы риска - курение, артериальная гипертензия и др. У 196 обследуемых выявлены те или иные нарушения липидного метаболизма. Результаты лабораторных исследований в совокупности с другими факторами риска болезней системы кровообращения учитывали в разработанных компьютерных программах комплексной оценки факторов риска, прогнозирующих вероятность инфаркта миокарда "Автоматизированная система оценки факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний - (Риск)" и инсульта "Оценка факторов риска инсульта - (Инсульт)".

Обнаружено, что для 30-39-летних мужчин в среднем свойственен риск <5% (риск Framingham), но с повышением артериального давления и уровня ОХС риск увеличивается до 5-10%, 40-49-летние находятся в границах 5-10% риска, в 50-59 лет риск равен 10-20%, однако часть курящих мужчин с высоким концентрацией ОХС сыворотки крови и уровнем артериального давления могут иметь риск в диапазоне 20-40%. Женщины возрастной группы 30-39 лет имеют риск <5%, в 40-49 лет также < 5%, но с повышением артериального давления, концентрации ОХС и наличием курения риск увеличивается до 5-10%. Для 50-59-летних женщин характерен диапазон риска от 5-10% до 20% при соответствующей совокупности факторов риска. Аналогичная динамика выявлена и для индекса PROCAM. Определение риска инсульта по алгоритму Framingham выявило, что у 58% обследуемых риск развития инсульта на ближайшие 10 лет регистрировался в диапазоне «низкого», у 26% - «умеренного», у 10% - «среднего», 2% - «высокого» и у 4% - «очень высокого» риска.

Результаты демонстрируют важное значение определения индивидуального риска инфаркта миокарда и инсульта на доклинической стадии кардиоваскулярной патологии, в связи с тем, что установление уровня риска конкретного пациента позволит индивидуализировать и своевременно рекомендовать не- и медикаментозную коррекцию факторов риска.

0174 ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ АОРТЫ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Воронова Е.И., Ховаева Я.Б., Головской Б.В.
ГОУ ВПО ПГМА им.ак. Е.А.Вагнера Росздрава, Пермь, Россия

Цель исследования: оценить структурно-функциональные особенности аорты, у пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

Материал и методы: определены структурно-функциональные показатели аорты у пациентов, перенесших инфаркт миокарда в течение года до момента включения в исследование (1-я группа - 45 чел.). Группы сравнения составили практически здоровые лица с оптимальными цифрами артериального давления (АД) (группа 2 - 37 чел.) и больные артериальной гипертонией (АГ) с 1 степенью повышения АД (группа 3 - 56 чел.).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 6,0.

Результаты: у пациентов, перенесших ИМ, изменение диаметра аорты наблюдается на всех трех уровнях: причем, если на уровне корня аорты диаметр аорты достоверно ниже у лиц 1-й группы (p=0,002), то на уровне синуса Вальсальвы и восходящего отделов аорты диаметры достоверно выше у 1-й группы. А вот амплитуда движения аорты достоверно снижена у лиц, перенесших ИМ (p=0,0000), что свидетельствует о ригидности стенок аорты.

Отношение толщины стенки аорты к ее радиусу, измеренное на трех уровнях, было достоверно выше в 1-й группе на уровне корня аорты по сравнению с двумя другими группами (p=0,004).

Характер изменения тангенциального напряжения у пациентов, перенесших ИМ, отличается от такового при АГ. Так, если по мере роста АД мы наблюдали достоверное увеличения тангенциального напряжения, то в группе больных ИМ тангенциальное напряжении достоверно ниже, чем у лиц с оптимальным АД, а так же АГ 1 степени, причем только на уровне корня аорты (p=0,0000). Эластичность аорты достоверно возрастает от 1 к 3 группе. При сравнении показателей артериальной жесткости, податливость и растяжимость аортальной стенки достоверно ниже в 1-й группе по сравнению с группой оптимального АД, хотя существенно не отличаются от таковых при АГ 1 степени. Та же закономерность выявлена и при расчете модулей Петерсона и Юнга. Масса артериальной стенки достоверно уменьшается у лиц, перенесших ИМ. Циркумферентное напряжение стенки достоверно выше в группе лиц перенесших ИМ.

Скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) составила: 58,8±3,66, 54,6±2,33, 38,8±1,73 м/с соответственно в группах 1, 2, и 3 (p=0,0000). СРПВ достоверно ниже в третьей группе по сравнению с первой (p=0,00). Эффективная упругость ЛЖ у пациентов, перенесших ИМ, меньше по сравнению с группой лиц с оптимальными значениями АД. А эластическое сопротивление артериальной системы наоборот выше (p=0,000).

Таким образом, у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, происходит структурно-функциональная перестройка аорты, причем степень и характер изменений отличается от таковых при артериальной гипертонии.

0175 ЛИПИДНЫЙ БАЛАНС, УРОВЕНЬ СУТОЧНОЙ УРИКОЗУРИИ И МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА ИШЕМИЧЕСКОЙ И НЕИШЕМИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ

Выдрина Н.Д., Третьяков А.Ю., Захарченко С.П., Грищенко А.А.
Институт последипломного медицинского образования, областная клиническая больница Святителя Иоасафа, Белгород, Россия.

Цель исследования. изучить зависимость липидного баланса с суточным уровнем урикозурии и микроальбуминурии у больных с нарушениями ритма и проводимости сердца не страдающих ишемической болезнью сердца(ИБС).

Методы исследования. Оценивали содержание липидов в сыворотке крови (биохимический анализатор «Cobas Untegra 800», Швейцария, энзиматическим колориметрическим методом), суточную микроальбуминурию (методом ИФА с использованием АЛВТ, биохимический анализатор «Cobas Untegra 800», производства фирмы Roche Anstrument Center AG, Швейцария) и уровень мочевой кислоты в суточной моче (энзиматический колориметрический метод, биохимический анализатор «Cobas Untegra 800», производства фирмы Roche Anstrument Center AG, Швейцария) у больных с нарушениями ритма и проводимости сердца не страдающих ИБС (15 человек: 10 мужчин, средний возраст 42,9±15,96, 5 женщин, средний возраст 40,6±4,8) и у больных, страдающих ишемической болезнью сердца(17 человек: 6 мужчин, средний возраст 56,0 ±4,86, и 11 женщин, средний возраст 65,5±6,95).

В процессе регистрации 24-48 часовой ЭКГ (автоматический программируемый аппарат «Кардиотехника-04. АД», АОЗТ ИНКАРТ, СПб.) структура аритмий в группе больных не страдающих ИБС характеризовалась пароксизмальной наджелудочко-

вой тахикардией (1 случай), персистирующим вариантом фибрилляции предсердий (4 случая), частой наджелудочковой и полиморфной желудочковой экстрасистолией (9 случаев), пробежкой желудочковой тахикардии и полиморфной желудочковой экстрасистолией (1 случай), а в ассоциированной с ИБС,- была представлена 7 случаями персистирующей фибрилляции предсердий, 1 - постоянной формой фибрилляции предсердий, 1 - преходящей атриовентрикулярной блокадой II степени Мобиц 2 в сочетании с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, 10 - желудочковой и наджелудочковой экстрасистолией.

Результаты исследования. В процессе анализа указанной выборки установлена корреляционная связь показателей общего холестерина крови и суточной микроальбуминурии как в одной так и в другой группах больных с r=0,59 (p=0,043) и r=0,67 (p=0,004) соответственно. Кроме того, при исследовании уровня урикозурии, была выявлена тенденция обратной зависимости с показателем общего холестерина крови, у больных не страдающих ИБС, r=-0,59 (p=0,056).

Выводы. Нарушения липидного обмена ассоциируются с уровнем микроальбуминурии как у больных с ишемической болезнью сердца, так и при отсутствии последней, и могут рассматриваться в качестве условия развития осложнений у больных с нарушениями ритма и проводимости сердца неишемической природы.

0176 ОСОБЕННОСТИ АРИТМИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТРЕССОГЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ И ИНДИВИДУАЛЬНОЙ РЕАКТИВНОСТИ БОЛЬНОГО

Выдрина Н.Д., Третьяков А.Ю., Захарченко С.П., Ягубова К.А.
Институт последипломного медицинского образования, областная клиническая больница Святителя Иоасафа, Белгород, Россия

Цель работы. Изучить особенности аритмий у больных не страдающих ишемической болезнью сердца с различными типами индивидуальных реакций на стресс.

Материалы и методы. В конкретизации вариантов индивидуальных реакций на стресс использовался тест индикации копинг-стратегии J.N. Amirkhan, методика «копинг-поведения в стрессовых ситуациях» (S. Norman et al., в модификации Т.А. Крюковой, 2001 г.) у больных с нарушениями ритма и проводимости(17 человек: 8 мужчин, средний возраст 43,6±15,57 и 9 женщин, средний возраст 42,6±4,98). В структуре аритмий констатированы пароксизмальная наджелудочковая тахикардия (3 случая), персистирующая фибрилляция предсердий (3 случаев), частая наджелудочковая и полиморфная желудочковая экстрасистолия (10 случаев), пробежка желудочковой тахикардии и полиморфная желудочковая экстрасистолия (1 случай). Степень тяжести аритмии мы трактовали через балльную систему, определяя для наджелудочковой тахикардии, персистирующей фибрилляции предсердий и эпизодов желудочковой тахикардии,- 2 балла, частой наджелудочковой и желудочковой экстрасистолии,- 1 балл.

Регистрацию 24-48 часовой ЭКГ осуществляли с помощью автоматического программируемого аппарата «Кардиотехника-04. АД» (АОЗТ ИНКАРТ, СПб).

Результаты исследования. У пациентов с указанными вариантами нарушений ритма и проводимости выявлена достоверная обратная корреляционная зависимость между суммарными рейтинговыми значениями раздела «разрешения проблем» индикатора копинг-стратегий J.N. Amirkhan и тяжестью аритмии, (r=-0,54, p=0,03). В свою очередь, результаты раздела «разрешения проблем» индикатора копинг-стратегий J.N. Amirkhan коррелируют с суммарными рейтинговыми значениями раздела «поиск социальной поддержки» методики «копинг-поведения в стрессовых ситуациях» (S. Norman et al., в модификации Т.А. Крюковой, 2001 г.) (r=0,58,p=0,014).

Выводы. Индивидуальные типы реакций на стресс детерминируют разрешение проблем и поиск социальной поддержки и являются предикторами функциональных нарушений ритма и проводимости у больных, не страдающих ишемической болезнью сердца.

0177 КОСТНОМОЗГОВЫЕ КЛЕТКИ – ПРЕДШЕСТВЕННИКИ И ВОЗНИКНОВЕНИЕ РЕСТЕНОЗА ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ СТЕНТОВ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ

Габбасов З.А., Козлов С.Г., Сабурова О.С., Лякишев А.А.
ФГУ РКНПК, Москва, Россия

Цель: оценка участия циркулирующих в крови костномозговых клеток-предшественников стромальной линий дифференцировки, экспрессирующих маркер остеогенной дифференцировки – остеонектин, в возникновении рестеноза после имплантации стентов покрытых сиролимусом.

Методы: Методом проточной цитофлуориметрии исследовали уровень стромальных клеток-предшественников в крови 38 больных ишемической болезнью сердца (ИБС), подвергшихся эндоваскулярной реваскуляризации миокарда с помощью стентов с лекарственным покрытием, которым в течение первого года после установки стентов в плановом порядке была проведена повторная коронароангиография, а также в крови 17 здоровых добровольцев. Количество ON-положительных лимфоцитоподобных клеток определяли с использованием комбинации 3-х антител: ON-FITC/CD41-PE/CD45-TC. Среди лимфоцитов выделяли клетки, которые одновременно экспрессировали CD41 и CD45. Среди выделенных CD41+/CD45+ клеток на графике зависимости бокового рассеяния света от интенсивности флуоресценции ON-FITC определяли количество ON-положительных клеток. Для каждого образца крови проводился контроль связывания изотипических иммуноглобулинов с CD41+/CD45-положительными клетками. Проведено сопоставление уровня стромальных клеток-предшественников в крови больных ИБС, у которых было выявлено возникновение рестеноза, пациентов, не имевших рестеноза, а также здоровых добровольцев.

Результаты: У больных ИБС уровень остеонектин-положительных лимфоцитоподобных клеток составил в среднем 2.5 (1.8, 3.9) клеток в мкл, что было достоверно выше уровня аналогичных клеток в крови здоровых добровольцев, где он составил 1.5 (1.0, 1.9) клеток в мкл (p=0.004). По данным ангиографического исследования, возникновение рестеноза (сужение просвета сосуда более 50% по диаметру внутри стента и 5 мм дистальнее или проксимальнее стента) было обнаружено у 16 больных, у 22 пациентов рестеноз отсутствовал. Количество остеонектин-положительных лимфоцитоподобных клеток в крови больных ИБС было выше, чем у здоровых добровольцев (p <0,01), однако, их количество существенно не изменялось при развитии рестеноза 2.4 (1.7, 3.2) и 2.5 (1.9, 4.1) клеток в мкл, соответственно (p=0,59).

Выводы: Высокое содержание в периферической крови больных ИБС лимфоцитоподобных остеонектин-положительных клеток может отражать наличие воспалительного процесса в сосудистой стенке. Различий в уровне остеонектин-положительных лимфоцитоподобных клеток в крови больных ИБС с рестенозом и без него не было выявлено.

0178 АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННЫМИ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРРЕКЦИЮ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ОПЕРАЦИЕЙ «ЛАБИРИНТ-3» В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Габриелян Д.Г, Адонина Е.В., Ксенофонтова Л.В., Кастригина Г.Н., Тюрина И.А., Казанская Е.М.
Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара, Россия

Цель. Анализ качества жизни у больных с ревматическими пороками сердца, осложненными ФП, перенесших коррекцию клапанных пороков сердца в сочетании с операцией «Лабиринт-3».

Материалы и методы. В исследовании отдаленных результатов приняли участие 102 человека, оперированные по поводу ревматических пороков митрального клапана, осложненных ФП. Пациентам 1-ой группы (n=51, мужчин 24, женщин 27, средний возраст 49,0±6,6 лет) выполнена коррекция клапанных пороков сердца в сочетании с операцией «Лабиринт-3», пациентам 2-ой группы (n=51, мужчин 20, женщин 31, средний возраст 46,6±6,6 лет) проведена изолированная хирургическая коррекция ревматических пороков сердца.

Для оценки показателей качества жизни (КЖ) использовали: 1) Миннесотский опросник «Жизнь с сердечной недостаточностью»; 2) анкету «Жизнь больного с аритмией»; 3) опросник «SF-36»

Результаты сравнительного анализа суммарного показателя КЖ до оперативного лечения показал отсутствие статистически достоверного различия в исследуемых группах по всем предложенным методикам. Изучение КЖ в отдаленном периоде по анкете «Жизнь больного с аритмией» продемонстрировало уменьшение проявлений симптомов заболевания и их воздействия на повседневную жизнь человека на 65% в первой группе и на 42% во второй группе ($p<0,001$). Исследование КЖ в отдаленном периоде по анкете «Жизнь с сердечной недостаточностью» показало уменьшение проявлений застойной сердечной недостаточности на 62% в первой группе и на 37% во второй группе ($p<0,001$). Изучение КЖ в отдаленном периоде по анкете «SF-36» выявило улучшение суммарного показателя КЖ на 131% в первой группе и на 96% в контрольной группе ($p<0,001$).

Корреляционный анализ не выявил зависимости КЖ больных с операцией «Лабиринт» в отдаленном периоде от возраста, длительности ФП, показателей давления в легочной артерии, объема левого предсердия, фракции изгнания, зарегистрированных до операции и в отдаленные сроки после нее. Однако выявлена достоверная корреляция ($r=-0,79$; $r=-0,52$; $r=0,52$ по данным различных анкет) между суммарным показателем КЖ и толерантностью к физической нагрузке в отдаленном периоде. Таким образом, КЖ исследуемых больных в отдаленные сроки после операции в большей степени зависело от функциональных возможностей, чем от показателей центральной гемодинамики.

Выводы. У пациентов с ревматическими пороками сердца, осложненными ФП коррекция клапанных пороков сердца в сочетании с операцией «Лабиринт» приводит к более значимому улучшению качества жизни в отдаленном периоде в сравнении с больными, которым проводили изолированное клапанное протезирование.

0179 ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА И СТАТИНАМИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, В РАМКАХ ВТОРИЧНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВТОРНЫХ КОРОНАРНЫХ СОБЫТИЙ

Габрин В.А. Волкова Э.Г.
ГОУ ДПО Уральская Государственная Медицинская Академия Дополнительного Образования Росздрава РФ, Челябинск, Россия

Цель исследования: Оценить особенности терапии пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда, ингибиторами АПФ и статинами, в рамках вторичной медикаментозной профилактики инфаркта миокарда в поликлиниках и стационарах города Челябинска.

Материалы и методы исследования: Анкетирование врачей и пациентов: в ходе исследования были опрошены врачи – сплошная выборка терапевтов, кардиологов и неврологов из списков всех лечебно-профилактических учреждений города Челябинска (всего врачей в городе – 744, отклик составил – 293 человека, из которых 278 человек – работники поликлиник. Женщин – 249, мужчин – 44. Возраст 25 – 55 лет).

Пациенты отбирались по 3-4 человека, обслуживаемых каждым врачом, на основе ретроспективного обзора амбулаторных карт и выписок из стационаров (всего опрошено 1003 человека, из которых 602 человека – мужчины и 401 человек - женщины). Количество пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда, составило 87% (870 человек).

Результаты и обсуждение: Ингибиторы АПФ назначаются 70% (609 чел.) пациентов. 60% (176 чел.) докторов, для больного, перенесшего острый инфаркт миокарда (ОИМ) с бессимптомной дисфункцией ЛЖ, выберут в качестве базового препарата ИАПФ, тогда как около 20% (58 чел.) врачей считает, что в данной ситуации пациенту показан бета-адреноблокатор. Врач сообщил о побочных эффектах ИАПФ около 54,4% пациентов (473 чел.), а о регулярности приёма препарата ИАПФ медработник на последнем визите спрашивал у 68% пациентов (591 чел.). Статины назначаются 14% (121 чел.) пациентов. О побочных эффектах статинов врач сообщил 58% пациентов (70 чел.). На последнем посещении врача о регулярном приёме статинов доктор спрашивал у 50% пациентов (61 чел.).

По результатам проведённого исследования выяснено, что собственный уровень холестерина крови знают лишь 56% опрошенных пациентов.

Выводы:

1. Частота назначения ингибиторов АПФ пациентам, перенесших острый инфаркт миокарда с целью вторичной медикаментозной профилактики, составляет 70% (609 чел.).

2. Частота назначения статинов пациентам, перенесших острый инфаркт миокарда с целью вторичной медикаментозной профилактики, составляет 14% (121 чел.).

3. О побочных эффектах препаратов (ингибиторы АПФ и статины) врач на приёме сообщал 54,4% и 58% пациентов соответственно.

4. 56% опрошенных пациентов осведомлены о собственном уровне холестерина крови.

0180 ИЗУЧЕНИЕ КОНТРОЛЯ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА (ХАРАКТЕР ПИТАНИЯ И ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ) У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, В РАМКАХ ВТОРИЧНОЙ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА И/ИЛИ ИНСУЛЬТА

Габрин И.А., Волкова Э.Г.
ГОУ ДПО Уральская Государственная Медицинская Академия Дополнительного Образования Росздрава, Челябинск, Россия

Цель исследования: Оценить контроль поведенческих факторов риска (характер питания и физическая активность) у пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда, в рамках вторичной немедикаментозной профилактики повторного инфаркта миокарда и/или инсульта в поликлиниках и стационарах города Челябинска.

Материалы и методы исследования: Анкетирование врачей и пациентов: в ходе исследования были опрошены врачи – сплошная выборка терапевтов, кардиологов и неврологов из списков всех лечебно-профилактических учреждений города Челябинска (всего врачей в городе – 744, отклик составил – 293 человека (40%), из которых 278 человек – работники поликлиник. Женщин – 249, мужчин – 44. Возраст 25 – 55 лет).

Пациенты отбирались методом случайной выборки от контингента, по 3-4 человека каждым врачом, на основе ретроспективного обзора амбулаторных карт и выписок из стационаров (всего опрошено 1003 человека, из которых 602 человека – мужчины и 401 человек - женщины). Количество пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда, составило 87% (870 человек).

Результаты и обсуждение: Выяснено, что осведомляются у пациентов о характере их питания около 80% (234 чел.) врачей, однако напоминают пациентам о необходимости соблюдения диеты, немногим более половины врачей (55%). О соблюдении физической активности (ФА) осведомляются 75% (219 чел.) вра-

чей, а индивидуальные рекомендации по оптимальной физической нагрузке дают 72% (210 чел.) опрошенных докторов. Около 80% (695 чел.) опрошенных пациентов ежедневно поддерживают физическую форму, а 20% (173 чел.) пациентов не уделяют этому вопросу внимания в силу следующих причин (плохое самочувствие – 27,5%, инвалидность – 20%, нехватка времени – почти 10%). Поэтому лишь около 30% (261 чел.) пациентов соблюдают минимальную тридцатиминутную физическую активность.

Выводы:

1. Установлено, что 80% (234 чел.) врачей осведомляются у пациентов о характере их питания.

2. 55% (161 чел.) врачей напоминают пациентам о необходимости соблюдения гипоатерогенной диеты, и 57% опрошенных докторов считают, что употреблять фрукты и овощи следует не менее 1 – 2 раз в день.

3. Около 40% докторов (123 чел.) недостаточно часто взвешивают своих пациентов и не считают нужным напоминать пациентам о пользе физической активности.

4. Выяснено, что лишь 30% пациентов (261 чел.) – 3-6 раз в неделю соблюдают необходимый минимум физической активности.

0181 СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЖЕНЩИН С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ В КЛИМАКТЕРИИ

Гаврилова Е.И.
ГОУ ВПО “Уральская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию”, Екатеринбург, Россия

Цель: оценить частоту и структуру нарушений сердечного ритма и факторы риска внезапной смерти у женщин с абдоминальным ожирением в климактерии.

Методы исследования: В одномоментное исследование включены 100 женщин в постменопаузе, медиана возраста 57,5 лет. Всем пациенткам проведено суточное мониторирование электрокардиограммы в течение 24 часов. Отбор пациенток для холтеровского мониторирования электрокардиограммы проводился вне зависимости от наличия или отсутствия жалоб на боли в области сердца, сердцебиение, перебои в работе сердца. Оценены антропометрические данные, модифицированный менопаузальный индекс (ММИ), показатели липидного и углеводного обмена.

Результаты: Ишемия миокарда выявлена у 21% женщин. Суправентрикулярная экстрасистолия (СЭ) – у 84%, из них 26% имели парную, 10% – групповую, 8% – политопную СЭ. Желудочковая экстрасистолия - у 47% женщин, градация по Lown - Wolf составила: 0 – 53% пациенток, 1 – 32%, 2 – 4%, 3 – 9%, 4 – 1%, 5 – 1%. 7% женщин имели желудочковую бигеминию, 4% – желудочковую тригеминию. У 13% женщин - пароксизмы суправентрикулярной тахикардии, у 2% – пароксизмы желудочковой тахикардии. Преходящая атриовентрикулярная (а/v) блокада выявлена у 8% пациенток, в том числе а/v блокада 1 степени у 7 женщин и а/v блокада 2 степени (тип Мебитц 1) у 1 женщины. Преходящая синоатриальная (с/а) блокада выявлена в 3% случаев, в том числе с/а блокада 1 степени у 1 пациентки и с/а блокада 2 степени у 2 женщин. Пароксизм фибрилляции предсердий определен в 3% случаев. У 70% женщин выявлена синусовая тахикардия, 31% – синусовая брадикардия, 3% – синусовая аритмия. Ускоренный предсердный ритм выявлялся в 4% случаев, синдром слабости синусового узла в 1%, миграция водителя ритма – 1%. Пациентки с высоким риском внезапной смерти (3 - 5 классы по Lown – Wolf) имели значимо большие значения коэффициента атерогенности (p=0,020), ниже уровень липопротеидов высокой плотности (p=0,016), при оценке ММИ, значимые различия получены по обменно-эндокринным симптомам (p=0,029). Не выявлено значимых различий по возрасту, длительности менопаузы, по весу, индексу массы тела, объему талии и отношению объем талии/объем бедер, пациентки не различались по частоте артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, хронической сердечной недостаточности, а также по уровню глюкозы, уровням общего холестерина, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов, липопротеидов очень низкой плотности.

Выводы: У всех обследуемых пациенток в климактерии выявлены нарушения сердечного ритма. Отмечается высокая частота синусовой тахикардии, синусовой брадикардии, предсердной и желудочковой экстрасистолии. В 21% случаев выявлена ишемия миокарда, причем в 1/3 случаев безболевая форма. Выявлена высокая частота пароксизмов суправентрикулярной тахикардии. У 11% женщин в климактерии определяется потенциально высокий риск внезапной смерти. Нарушения сердечного ритма в условиях дефицита эстрогенов могут принимать прогностически неблагоприятный жизнеугрожающий характер.

0182 ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Гадаев А.Г., Нуриллаева Н.М.
ТМА, Ташкент, У збекистан

Цель: изучить распространенность основных факторов риска ишемической болезни сердца (ИБС) в условиях семейной поликлиники и сельского врачебного пункта путем ретроспективного анализа амбулаторных карт.

Методы: для проведения данного исследования была выборочно изучена 171 амбулаторная карта больных первичного звена здравоохранения города Ташкента и областей Республики.

Результаты: было выявлено, что ИБС страдают 72 больных (42,1%) из числа обследуемых. При анализе данных оказалось, что один из неустранимых факторов риска (ФР) - наследственная предрасположенность обнаружен у 44 больных (61,1%) ИБС. К группе устранимых ФР относится курение, наличие которого имеется у 31 (43,1%) больного, оно соответственно предусматривает информирование об отказе от курения, но врачи общей практики (ВОП) во время опроса указали, что ограничивались лишь словесными рекомендациями для 17 пациентов (54,8%). Известно также, что ведущее значение в усугублении течения ИБС имеет наличие избыточного веса – 27 больных (37,5%) и гиподинамии – 29 (40,2%), но отметка об индексе Кетле и назначение дозированной физической нагрузки больным в амбулаторных картах, обнаружена только у 2% изученных. Важным аспектом является и то, что правила сбалансированного питания при работе ВОП с больными не отражены в достаточной мере, либо нацелены на отказ от соленых, острых и жирных блюд в 21 (29,1%) амбулаторной карте. В исследовании также обнаружено, что уровень холестерина и триглицеридов в крови повышен у 55 больных (72,2%), но коррекция гиполипидемическими препаратами ВОП проводится лишь у 6 пациентов (11%).

Выводы: таким образом, изучая частоту встречаемости ФР при ИБС необходимо внедрить принципы профилактического консультирования для повышения информированности больных и ВОП, усилить контроль и коррекцию факторов риска через создание единой интегрированной программы в первичном звене здравоохранения.

0183 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНЫХ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ТЕРАПИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Гадаев А.Г., Нуриллаева Н.М., Курбанов А.К.
ТМА, Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить особенности медикаментозной и немедикаментозной терапии недостаточности кровообращения (НК) в амбулаторных условиях.

Методы исследования: 76 врачей общей практики (ВОП) первичного звена здравоохранения просили указать, какие группы препаратов они чаще всего используют в своей практике для лечения больного с НК и какие профилактические мероприятия по предотвращению усугубления данного осложнения проводятся ими на амбулаторном участке.

Результаты исследования: во многих научных исследованиях доказано неоспоримое положительное влияние ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) на течение НК. По результатам данных опроса обнаружено, что только 12 (15,8%) респондентов назначают данную группу препаратов при лечении НК. Кроме этого, в настоящее время, доказано и то, что бета-блокаторы также благоприятно влияют на функцию левого желудочка и качество жизни больных с НК, несмотря на это, ВОП лишь в 5,2% случаев (4 человека) отдают предпочтение данной группе препаратов. Такую же позицию по данным опроса ВОП занимают антагонисты альдостерона в ряду медикаментозной терапии данного осложнения. Большое место в лечении НК по результатам исследования занимают 2 группы лекарственных препаратов: сердечные гликозиды – 45 (59,2%) и диуретики – 43 (56,5%) от общего числа опрошенных ВОП. Так как, сердечные гликозиды в терапии НК не относятся к категории незаменимых лекарственных средств и повышают риск развития фатальных осложнений, в особенности на фоне ишемической болезни сердца, не представляется необходимым назначение препаратов данной группы. Важным аспектом в лечении НК с уровнем доказательности «В» является применение у больных данной категории антитромботических средств, лишь 7 человек (9,2%) упоминают данный факт в своих назначениях. Полученные в ходе исследования данные указывают на недостаточную информированность ВОП в аспектах стандартизированного (доказательного) подхода к лечению НК.

Помимо медикаментозной терапии больной нуждается в определенных профилактических мероприятиях для снижения функционального класса НК, где предусматривается ограничение употребления жидкости, поваренной соли, алкоголя, отказ от курения, но не отказ от дозированной физической нагрузки. По результатам исследования обнаружено, что 62 ВОП (81,5%) советуют ограничить употребление соли и перейти на низкокалорийный рацион питания с содержанием большого количества витаминов, а 57 человек (75%) из числа опрошенных прекратить прием алкоголя и высококалорийных продуктов. Анализ опросников в аспектах профилактических мероприятий обнаружил большое количество недостатков в работе ВОП.

Вывод: таким образом, оценка медикаментозного и немедикаментозного лечения в условиях первичного звена здравоохранения указывает на низкий уровень знаний ВОП в стандартах лечения НК и предотвращении факторов риска при наличии данного осложнения.

0184 ГИПОТЕНЗИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, НАЗНАЧАЕМЫЕ ВРАЧАМИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Гадаев А.Г., Гулямова Ш.С.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Основные принципы современной антигипертензивной терапии базируются на результатах крупномасштабных, рандомизированных, контролируемых исследований. Среди них необходимо отметить такие, как TOMHS, MRFIT, CAPPP, HOT-Study, VACS, SYST-EYR, FACET. Препарат должен не только снижать уровень АД, но и облегчать течение сопутствующего заболевания, не ухудшая качество и продолжительность жизни пациента.

Цель и задачи. Анализ основных групп гипотензивных препаратов, применяемых врачами общей практики (ВОП) при лечении больных артериальной гипертонией (АГ) на уровне первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы. Изучили ретроспективные данные случайно отобранных 222 амбулаторных карт за последние пять лет из числа больных, состоящих на диспансерном наблюдении с АГ в семейных поликлиниках (СП) г.Ташкента и в ряде сельских врачебных пунктах (СВП) областей Республики Узбекистан. А также провели анонимный опрос врачей, обучавшихся в учебно-врачебных центрах Ташкентской медицинской академии в 2005-2006 учебном году. Всего до обучения было опрошено 156 врачей, из них врачи поликлиник г.Ташкента составили 63, врачи СВП – 93. После обучения – 119, 52, 67 соответственно.

Результаты. В амбулаторных картах частота назначения по показаниям гипотензивных препаратов с доказанной эффективностью составила: бета-блокаторы – 8,9% в СВП и 7,4% в СП; диуретики – 10,7% в СВП и 14,8% в СП; антагонисты кальция 5,9% в СВП 5,5% в СП; ингибиторы АПФ 42,2% в СВП и 51,8% в СП. Ретроспективное изучение амбулаторных карт выявило назначение лекарственных препаратов, не рекомендованных в качестве основных для лечения АГ (магния сульфат, дибазол, адельфан, раунатин, но-шпа, папаверин и др.) – 43,4% в СВП и 48,1% в СП.. При анонимном анкетировании на вопрос, какие основные группы гипотензивных лекарств вы чаще всего используете для лечения АГ, были получены следующие результаты: до обучения - бета-блокаторы 13,9% в СВП и 8% в СП; диуретики – 38,7% в СВП и 34,9% в СП; антагонисты кальция 20,4% в СВП 15,8% в СП; ингибиторы АПФ 25,8% в СВП и 33,3% в СП. При повторном анкетировании, после обучения, отмечается увеличение числа врачей, назначающих основные группы гипотензивных препаратов: бета-блокаторы 43% в СВП и 55,5% в СП; диуретики – 46,2% в СВП и 49,2% в СП; антагонисты кальция 30,1% в СВП 41,2% в СП; ингибиторы АПФ 89,5% в СВП и 82,6% в СП.

Выводы. По данным амбулаторных карт врачи до сих пор используют гипотензивные препараты, являющиеся малоэффективными и имеющие множество побочных действий. После обучения отмечается рост числа врачей, информированных о лечении больных АГ основными группами препаратов с доказанной эффективностью, что подтверждает необходимость целенаправленного обучения ВОП.

0185 ИНФЕКЦИЯ CHLAMYDIA PNEUMONIAE И ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШАЯ СТЕНОКАРДИЯ

Гаджиева З.Г., Хасаев А.Ш., Шанавазова С.А., Абусуева З.С., Алиева Д.З., Ахмедова М.Д., Абдулкадырова С.О., Чиликина Н.С.
Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала, Россия

В последнее время пристальное внимание исследователей привлекает персистирующая инфекция как одна из возможных причин проявления или обострения атеросклероза, в первую очередь коронарного, и, соответственно, ишемической болезни сердца (ИБС). Инфекция может участвовать в повреждении атеросклеротической бляшки и способствовать развитию острого коронарного синдрома, т.е. играть роль дестабилизирующего фактора в эволюции атеромы.

Цель исследования – сравнение инфицированности ChlamydIa pneumonIae (ХП) - грамотрицательной облигатной внутриклеточной бактерии, имеющей склонность к персистентному и клинически бессимптомному течению - больных с впервые возникшей и стабильной стенокардией.

Материал и методы исследования. Обследован 41 больной ИБС (19 случаев стабильной стенокардии и 22 – впервые возникшей). В контрольную группу были включены 40 человек без клинических признаков сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротического генеза. Инфицированность ХП определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест-систем Иммунокомб II ChlamydIa BIvalent IgA и IgG фирмы “ORGENICS” (Израиль). Диагностически значимыми для ХП титрами антител класса IgA считались - 1:8 и выше, класса IgG - 1:16 и выше.

Результаты исследования. У больных с впервые возникшей стенокардией инфицированность ХП, установленная по позитивному титру специфических антител класса IgA, была равна 77,27±9,15%. Это заметно выше, чем в группе больных со стабильной стенокардией (42,11±11,64%, $p<0,02$, $r=0,36$). И, тем более, выше, чем в контрольной группе (20,00±6,41%, $p<0,001$, $r=0,56$). Инфицированность ХП, ассоциированная с антителами класса IgG, среди больных с впервые возникшей стенокардией также была выше, чем у больных со стабильной стенокардией и в контрольной группе: 77,27±9,15% против 47,37±11,45% и 65,00±7,64% соответственно. Однако, это различие не достигло статистической значимости ($p>0,05$).

Выводы. У больных с нестабильной (впервые возникшей) стенокардией инфицированность ХП достоверно выше, чем при

стабильном течении ИБС. Впервые возникшая стенокардия достоверно ассоциирована с острой или обострением хронической инфекции ХП, выявляемой по высоким титрам специфических антител класса IgA. Таким образом, прогрессирование, дестабилизация и, соответственно, клиническая проявляемость коронарного атеросклероза ассоциированы с активно текущей инфекцией ХП.

0186 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТА «ДИАДЭНС-КАРДИО» У ЛИЦ С ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

Гаджиев А.Н.
Медико-санитарная часть МВД по Республике Дагестан, Махачкала, Россия

Цель исследования: оценка эффективности применения аппарата динамической электронейростимуляции «ДиаДЭНС-Кардио» у лиц с феноменом «гипертензии на рабочем месте».

Методы исследования: в исследование включено 25 мужчин (средний возраст 41±5 лет; сотрудники МВД). Всем обследуемым до и после курсового лечения проводилось суточное мониторирование АД. Оценивались средние значения систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД в рабочее (с 8 до 20 часов) и свободное время, а также в сутки в целом; нагрузка давлением в рабочее время. Заключение о «гипертензии на рабочем месте» выносилось, если среднее суточное значение АД было больше 135 и/или 85 мм рт.ст., а различие между средними значениями САД и ДАД, полученными в рабочее и свободное время, составляло более 7 мм и более 5 мм рт.ст. соответственно. Курс лечения состоял из двух сеансов динамической электронейростимуляции в день (продолжительностью пять минут каждый) в течение 10 дней. Пациенты не принимали какие-либо лекарственные (гипотензивные и/или седативные) препараты.

Полученные результаты: исходное значение среднесуточного САД у обследуемых лиц составило 145,5±4,7 мм рт.ст., ДАД – 93,1±5,2 мм рт.ст. При этом среднее САД в рабочее время было равно 154,8±5,1 мм рт.ст., а в свободное время – 132,7±4,4 мм рт.ст.; среднее ДАД – 100,1±5,8 мм рт.ст. и 84,5±4,5 мм рт.ст. соответственно. Нагрузка давлением в рабочее время составила: для САД – 25,8±6,2%, для ДАД – 19,6±4,2%. После курса динамической электронейростимуляции получены следующие результаты суточного мониторирования АД: среднесуточное САД снизилось до 132,9±4,4 мм рт.ст. ($p<0,05$), среднесуточное ДАД – до 80,9±3,6 мм рт.ст. ($p<0,05$). Среднее САД в рабочее время составило 141,5±4,1 мм рт.ст. ($p<0,05$), в свободное время – 120,5±3,9 мм рт.ст. ($p<0,05$); среднее ДАД – 82,1±4,1 мм рт.ст. ($p<0,05$) и 70,8±3,7 мм рт.ст. ($p<0,05$) соответственно. Нагрузка давлением в рабочее время также достоверно уменьшилась: до 14,7±5,5% (САД) и 9,8±3,4% (ДАД).

Выводы: метод динамической электронейростимуляции при помощи аппарата «ДиаДЭНС-Кардио» у лиц с феноменом «гипертензии на рабочем месте» позволяет значительно улучшить их суточный профиль АД и может быть включен в программу немедикаментозной терапии этой категории пациентов.

0187 ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАЗИЛИПОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАТУСА КУРЕНИЯ

Газданова Л. Р., Ратникова Л. А., Метельская В. А., Колтунов И. Е.
ФГУ «ГНИЦ ПМ», Москва, Россия

Цель: провести сравнительный анализ параметров системы гемостаза у курящих и некурящих больных ИБС с дислипопротеидемией на фоне терапии генериком симвастатина - вазилипом (KRKA, Словения).

В исследование было включено 22 пациента со стабильной ИБС и с исходной гиперлипидемией IIa или IIb типа по классификации Фредриксона. Были составлены две группы больных: 1 группа (n=10) – активные курильщики, 2 группа (n=12) – некурящие. В течение 12 недель все больные получали стандартную базисную терапию и вазилип в дозе 40 мг/сут. Концентрацию фибриногена и фибринолитическую активность в плазме крови больных натощак определяли исходно и по окончании курса терапии вазилипом. Уровень фибриногена определяли методом Клауса по скорости образования кровяного сгустка; фибринолитическую активность оценивали по времени спонтанного лизиса эуглобулиновой фракции плазмы крови.

На фоне лечения вазилипом в группе некурящих больных уровень фибриногена снизился на 26%: с 5,26±1,20 до 3,91±1,46 г/л ($p=0,0035$), а фибринолитическая активность имела тенденцию к возрастанию: время лизиса эуглобулиновой фракции снижалось с 296±83 до 277±92 мин.).

У пациентов с дополнительным фактором риска – курением имело место сходное воздействие вазилипа на параметры гемостаза. Концентрация фибриногена плазмы крови на фоне 12-недельного приема вазилипа снижалась на 22%: с 5,29±0,91 до 4,13±1,30 г/л ($p=0,043$), а фибринолитическая активность несколько повысилась (время лизиса эуглобулиновой фракции снижалось с 295±78 до 249±64 мин.).

Вазилип, как и оригинальный симвастатин, активно снижал уровень общего холестерина в плазме крови как в группе некурящих, так и курящих пациентов на 35% и 27%, соответственно.

Таким образом, генерик симвастатина вазилип в одинаковой степени улучшал параметры системы гемостаза как у курящих, так и у некурящих пациентов, что свидетельствует о его способности нивелировать негативное влияние такого фактора риска, как курение на систему свертывания крови.

0188 ОПТИМИЗАЦИЯ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ МЕЛКИХ ВЕТВЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ.

Гайдукова Н.И., Шогенов З.С., Короба Г.С., Трофимова Е.В., Кардава Х.А., Чумакина Г.А., Волкова В.Н., Мальцев К.А.
ГОУ ВПО РГМУ Росздрава РФ, кафедра общей терапии ФУВ, ГКБ №81, Москва, Россия

Тромбоэмболические заболевания по-прежнему являются ведущей причиной смертности и инвалидизации. Значительная часть тромботических эпизодов в системе нижней полой вены сопровождается тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА). Известно, что после первого эпизода эмболии сохраняется вероятность развития рецидива.

Цель исследования: оценить антитромботическое действие низкомолекулярного гепарина Клексана, его влияние на показатели гемостаза и фибринолиза, прогноз и частоту рецидивирования ТЭЛА.

Материалы и методы: В исследование были включены 20 больных с ТЭЛА мелких ветвей: 12 мужчин и 8 женщин в возрасте от 51 до 78 лет, средний возраст 60±1,4 года. Из них 8 ранее перенесли инфаркт миокарда с зубцом Q, у 5 – инфаркт миокарда осложнился ТЭЛА мелких ветвей, в 6 случаях имела место постоянная форма фибрилляции предсердий.

Диагноз ТЭЛА был выставлен на основании анализа факторов риска, данных анамнеза, клинических симптомов, результатов инструментальных методов исследования (рентгенография органов грудной клетки, эхокардиография, ЭКГ), лабораторных показателей (коагулограммы).

Клексан назначали в лечебной дозе 0,5-1 мг/кг массы тела больного 1 раз в сутки под кожу живота в течение 7-10 дней, учитывая, что риск прогрессирования тромбоэмболии в эти сроки высокий. В 5 случаях Клексан был назначен в профилактической дозе 40 мг после лечения нефракционированным гепарином. За 4 дня до отмены Клексана назначали варфарин в начальной дозе 2,5-5 мг под контролем МНО.

У больных определялись: АЧТВ, ТВ, ИААТIII, ФА, ПДФ, фибриноген, этаноловый тест.

Полученные результаты: Через 7-10 дней лечения низкомолекулярным гепарином Клексаном отмечалось увеличение ФА и ИААТIII на 31,2; и 29,6% соответственно (p<0,05), снижение уровня фибриногена на 21,7%, незначительное удлинение ТВ и АЧТВ на 14,7% и 12,6% соответственно. В 3 случаях сохранялся повышенный уровень ПДФ и положительный этаноловый тест. Симптомов геморрагического синдрома и клинически значимой тромбоцитопении не отмечалось. За время наблюдения в стационаре эпизодов рецидивирования ТЭЛА не было.

Выводы: Таким образом, низкомолекулярный гепарин Клексан оказывает антитромботический эффект, активизирует фибринолиз, не вызывает побочных эффектов, улучшает прогноз, что позволяет рекомендовать его с целью лечения и профилактики рецидивирования ТЭЛА.

0189 ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПОПУЛЯЦИИ ТЮМЕНСКИХ ШКОЛЬНИКОВ

Гакова Е.И., Акимова Е.В., Каюмова М.М., Кузнецов В.А.
Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель: оценка эпидемиологической ситуации в отношении артериальной гипертензии (АГ) и ее факторов риска, 18- летние тренды в Тюменской популяции школьников для разработки основных направлений профилактического вмешательства.

Методы исследования: проведено два аналогичных эпидемиологических исследования школьников 7-15 лет г.Тюмени с 18-летней периодичностью: 2-ой скрининг (в 2004-2005гг) - обследовано 2640 учеников:1308 мальчиков и 1332 девочки (отклик на обследование 87,7%), 1-ый скрининг (в 1986-1987гг) - 3702 школьника (отклик 93%). Всем школьникам проводилось анкетирование, измерение стандартизованным методом артериального давления (АД), антропометрия, определялась физическая активность, определялся порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) по методике Хенкина, (описанной Е.Н. Константиновым).

Результаты: при сравнительном анализе результатов исследования двух скринингов была отмечена положительная тенденция в отношении распространенности АГ в популяции современных школьников 7 -15 лет, которая составила по данным 2-го скрининга - 10,6%, (1-го - 11,9%), обусловленная уменьшением распространенности АГ среди девочек 2-го скрининга – 8,8% (1-го -11,6%), p<0,05; у мальчиков значимых различий не наблюдалось (12,4% и 12,2% соответственно). Замечена незначительная тенденция в сторону роста распространенности избыточной массы тела (ИМТ) среди современных школьников (2-го - 9,2 %, 1-го 8,5%), обусловленная увеличением лиц с ИМТ среди мальчиков 2-го скрининга (9,2% и 7,6% соответственно). Более выраженный дефицит физической активности наблюдался у современных школьников, особенно среди девочек в возрасте 11-15 лет -53,7% (1-го - 38,5%), (p<0,05). Рост распространенности высокого ПВЧПС был установлен в популяции современных школьников, обусловленный увеличением лиц с высоким ПВЧПС среди мальчиков 2-го скрининга - 19,3% (1-го - 15,0%), p<0,05. Отмечен рост распространенности активного курения среди современных девочек 14-15 лет почти в 2 раза, по сравнению с 1-м скринингом (p<0,05), у мальчиков наблюдалась обратная динамика.

Отмечена прямая статистически достоверная корреляционная связь уровня АД с массой тела и ИК (p<0,05), и обратная связь с количеством локомоций (p<0,05).

Выявлена связь активного курения с уровнем артериального давления.

Вывод: при динамичном исследовании тюменской популяции школьников отмечена неблагоприятная эпидемиологическая ситуация в отношении АГ и ее факторов риска, обусловленная высокой распространенностью АГ, тенденцией в сторону роста распространенности ИМТ, высокого ПВЧПС в популяции современных мальчиков; ростом распространенности гиподинамии, особенно среди девочек; широким распространением активного курения среди современных подростков, что указывает на необходимость проведения незамедлительных профилактических мероприятий уже с детства.

0190 РАДИОИЗОТОПНАЯ РЕНОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Галеева А. Р., Яковлева Л. В., Муллагалиев Р.М., Мухаметова Л.И., Раянова Р.Р.
ГУЗ Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Башкортостан

Почки являются одним из органов-мишеней при артериальной гипертензии (АГ) у детей подросткового возраста. Радиоизотопная ренография, в отличие от других методов исследования (лабораторная диагностика, рентгеноконтрастная урография, ультразвуковое исследование) позволяет обнаружить нарушения функции почек уже на начальных стадиях заболевания, являясь к тому же физиологичным, легко воспроизводимым и малоинвазивным методом диагностики.

Цель: изучить нарушение функциональной активности почек у детей подросткового возраста с артериальной гипертензией по данным радиоизотопной ренографии.

Материалы и методы. Выявление постоянно повышенного АД или эпизодов его повышения стало причиной более углубленного обследования детей, поступивших в детское кардиологическое отделение РКД. Всем детям применялся комплекс современных инструментальных методов исследования. В исследование включались дети, у которых была исключена симптоматическая АГ. Обследован 21 ребенок с АГ в возрасте 13-17 лет. Средний возраст составил 15,77±1,11 лет. Всем пациентам проводили радиоизотопную ренографию аппаратом «Ренограф», Венгрия с J131-Гиппурат.

Результаты. Среди обследованных пациентов средний уровень систолического давления составил 140,09±10,59 мм рт.ст, диастолического давления 81,27±7,07мм рт.ст. По данным радиоизотопной ренографии нарушение функциональной активности почек было выявлено у 10 детей (47,6%) и проявлялось удлинением секреторной фазы и/или замедлением выведения радиофармпрепарата (РФП) из почек. Нарушение эвакуации РФП можно расценивать как результат ранних изменений в паренхиме почек на фоне АГ.

Выводы. Таким образом, радиоизотопная ренография позволяет выявить наличие почечной дисфункции у детей подросткового возраста с АГ и является методом диагностического выбора.

0191 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОМАКОРА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ

Галин П.Ю., Полякова О.М., Рынкова Л.А.
ГОУ ВПО ОрГМА Росздрава, Оренбург, Россия; ММУЗ МГКБ СМП №1, Оренбург, Россия

Исследование GISSI-PrevenzIone (2002г.) показало способность концентрата ω-3-полиненасыщенных жирных кислот (ω-3-ПНЖК, Омакор, Solvay Pharma) у больных, перенесших инфаркт миокарда, снижать общую смертность на 20%, сердечно-сосудистую на 30% и риск внезапной смерти на 45%. Эффективность ω-3-ПНЖК на снижение смертности, особенно внезапной, только гиполипидемической активностью объяснить нельзя. Предполагается антиаритмогенное действие ω-3-ПНЖК, что и послужило поводом настоящего исследования.

В динамике наблюдалось 10 больных ишемической болезнью сердца с желудочковой экстрасистолией, сохраняющейся на фоне приема b-блокаторов. К стандартной терапии назначался Омакор в дозе 1г/сут. Продолжительность лечения составила

28 дней. До и после лечения проводилось Холтеровское мониторирование ЭКГ на системе «Кардиотехника-04» («Инкарт», С.Петербург). Градацию желудочковой экстрасистолии проводили по классификации M.Ryan в модификации W.McKenna.

Результаты обследования показали, что до назначения Омакора желудочковая экстрасистолия у всех больных была III градации, после проведенной терапии у 6 человек стала I градации, у 2 второй, и у 2 осталось прежней. Таким образом, у больных ишемической болезнью сердца включение в комплексное лечение концентрата ω-3-ПНЖК Омакора способствует уменьшению выраженности экстрасистолической аритмии. Насколько перспективны ω-3-ПНЖК как антиаритмогенные средства у больных с желудочковыми нарушениями ритма сердца ишемической, а также и неишемической этиологии, покажет дальнейшее исследование на большем количестве наблюдений.

0192 КОНЦЕНТРАЦИЯ АСИММЕТРИЧНОГО ДИМЕТИЛАРГИНИНА И ПРОДУКТОВ МЕТАБОЛИЗМА ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Галявич А.С., Гайнутдинов Э.Р.
ГОУ ВПО «Казанский медицинский университет» Росздрава, Казань, Россия

Цель исследования: оценка содержания асимметричного диметиларгинина (АДМА) и продуктов метаболизма оксида азота у больных острым коронарным синдромом с подъёмом сегмента ST и пациентов со стенокардией напряжения.

Методы: объект исследования — 20 пациентов (18 мужчин и 2 женщины в возрасте от 46 до 73 лет) с острым коронарным синдромом с подъёмом сегмента ST и 15 больных (13 мужчин и 2 женщины в возрасте от 47 до 68 лет) стенокардией напряжения II-III функционального класса. У всех участников было измерено содержание АДМА (методом иммуноферментного анализа с использованием набора фирмы DLD DIagnostIka GmbH) и нитратов и нитритов (флуоресцирующим методом с использованием набора фирмы BIoVIsIon).

Результаты: у пациентов со стенокардией напряжения по сравнению с больными острым коронарным синдромом с подъёмом сегмента ST до лечения статистически достоверно было снижено содержание АДМА (0,52±0,08 и 0,6±0,08 мкмоль/л мкмоль/л соответственно, $p<0,05$) и повышена концентрация продуктов метаболизма оксида азота (33,62±11,5 мкмоль/л и 20,59±8,53 мкмоль/л соответственно, $p<0,05$). После стационарного лечения в течение 2 недель концентрация АДМА также достоверно различалась в группах больных (0,57±0,06 мкмоль/л у пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST и 0,52±0,04 мкмоль/л у больных стенокардией напряжения, $p<0,05$), однако достоверной разницы между содержанием нитратов и нитритов у этих групп больных отмечено не было (33,1±14,4 мкмоль/л у больных стенокардией напряжения и 27,13±11,34 мкмоль/л у пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST, $p>0,05$). У больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST после лечения обнаружено достоверное увеличение содержания продуктов метаболизма оксида азота (20,59±8,53 мкмоль/л до лечения и 27,13±11,34 мкмоль/л после лечения, $p<0,05$). Отмечена не достоверная разница между содержанием данного показателя у больных стенокардией напряжения до лечения и у больных острым коронарным синдромом после лечения (0,52±0,08 мкмоль/л и 0,57±0,06 мкмоль/л соответственно, $p=0,05$), а также разница между содержанием АДМА у больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST до и после лечения (0,6±0,08 мкмоль/л и 0,57±0,06 мкмоль/л соответственно, $p=0,11$).

Выводы: у больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST по сравнению с больными стенокардией напряжения повышено содержание АДМА и снижена концентрация нитритов и нитратов. У пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST после лечения увеличивается концентрация продуктов метаболизма оксида азота.

0193 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АЛЬТЕПЛАЗОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Галявич А.С., Якупов И.Ф., Хайруллин Р.Н., Миннетдинов Р.Ш., Касимова Р.А.
Межрегиональный клинико-диагностический центр, Казань, Россия

Цель. Существует мнение, что при нижней локализации инфаркта миокарда (ИМ) с подъёмом сегмента ST эффективность тромболитической терапии (ТЛТ) ниже, чем при его передней локализации. Нами была изучена эффективность ТЛТ тканевым активатором плазминогена альтеплазой у больных в зависимости от локализации инфаркта миокарда (передний – нижний).

Методы. 111 человек (средний возраст 57,3±10,4 года) с ИМ передней и нижней стенок на основании данных ЭКГ были разделены на 2 группы. В первую группу с передней локализацией ИМ вошли 59 человек (средний возраст 57,2±10,2 года), во вторую группу – 52 человека (средний возраст 57,6±10,7 года). Всем больным вводился тканевой активатор плазминогена альтеплаза («Актилизе», Берингер Ингельхайм, Германия) в стандартной дозировке с учетом противопоказаний. Эффективность ТЛТ оценивалась по снижению сегмента ST более чем на 50% от исходного уровня через 90 минут от начала введения альтеплазы.

Результаты. Среднее время поступления от начала заболевания в группе с передним ИМ было равно 3,5±6 часа, а в группе с нижним ИМ – 2,9±1,5 часа (разница была статистически не достоверна). Среднее время от момента поступления больного в отделение кардиореанимации до начала введения альтеплазы (показатель «дверь-игла») в группах также достоверно не отличалось – 20,8±13,3 мин. в 1 группе и 21,1±13,8 мин. во 2 группе. В 1 группе эффективность ТЛТ составила 93,2% (был неэффективен у 4 из 59 чел.), а во 2 группе – 98,1% (неэффективен у 1 из 52 чел.). Разница между группами была также статистически не достоверна.

Выводы. Достоверных различий в эффективности ТЛТ альтеплазой в зависимости от локализации ИМ (передний - нижний) не имеется. Эффективность ТЛТ альтеплазой в целом составляет 95,5% при ее проведении в течение 3 часов от начала развития инфаркта миокарда и при выполнения требования «время дверь-игла» менее 30 минут.

0194 ПОКАЗАТЕЛИ ВРЕМЕННОГО АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АКТИВНОЙ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЫ.

Гапон Л.И., Середа Т.В., Коржова Н.Н.
Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель: дать оценку с помощью показателей временного анализа вариабельности ритма сердца (ВРС) симпатического влияния на сердечный ритм больным АГ при проведении активной ортостатической пробы (АОП).

Методы. В исследование включено 84 пациента, из них 52 человек с АГ I–II степени и 32 человека– практически здоровые пациенты, в возрасте от 25 до 50 лет, мужского и женского пола, постоянно проживающие в условиях Тюменского Приобья. Регистрация вариабельности ритма сердца проводилась в условиях «чистого» фона на аппарате «Nerv Express» в амбулаторных условиях Севера (г. Пыть-Ях).

Результаты. Активность парасимпатического звена вегетативной регуляции, оцениваемая по показателю среднеквадратичных отклонений межинтервальных различий (MSSD), у пациентов с АГ была достоверно низкой ($p=0,018$) – 0,0332±0,0019 с, чем у пациентов контроле – 0,0412±0,0025 с. При проведении АОП показатель MSSD увеличивался как у больных АГ –

0,0645±0,0039 с, так и в контроле - 0,0667±0,034 с, что отражало активность автономного контура регуляции у пациентов обеих групп. Параметр оптимальной вариабельности (POV) у больных АГ также был достоверно (p=0,009) более низким – 8,568±0,957 с, чем в контроле – 12,65±1,19 с, однако его значения имели значительные отклонения (интервал от 8 до 16 усл.ед.) в обеих группах. После проведения ОАП значения POV у пациентов с АГ имели значительные отклонения – 15,2045±1105 с (интервал от 8 до 16 усл.ед.), а в контроле – умеренные отклонения - 19,65±1,28 с (интервал от 17 до 23 усл.ед.), что свидетельствует о наличии дисбаланса вегетативной регуляции сердечного ритма у всех обследованных. При анализе ЧСС достоверно (p=0,023) более высокие ее цифры были у пациентов с АГ – 73,0±1,36 уд. в мин., чем в контроле – 68,55±1,43 уд. в мин., что также объясняется преобладающим влиянием симпатического звана вегетативной регуляции при АГ. При проведении АОП выявлено достоверно значимое (p=0,018) увеличение ЧСС как у пациентов с АГ – 74,84±1,395 уд. в мин., так и в контроле – 70,25±1,37 уд. в мин. При сравнении показателей ЧСС в группах до и после проведения АОП отмечено достоверно значимое их увеличение (p<0,05). Индекс напряженности регуляторных систем в обеих группах достоверно (p<0,001) свидетельствовал о сохранении при проведении АОП адаптационных возможностей механизмов вегетативной регуляции сердечного ритма: у пациентов с АГ до АОП – 242,9388±26,31 усл.ед. и после АОП – 101,6765±11,085 усл.ед., в контроле до АОП – 155,844±17,701 усл.ед. и после АОП – 82,25±10,86 усл.ед.

Заключение. Таким образом, показатели временного анализа ВРС у больных АГ при проведении АОП позволяют делать выводы о взаимосвязи центрального и автономного уровней регуляции сердечного ритма, характеризуют сниженную активность парасимпатического звена вегетативной регуляции сердечного ритма, а значения индекса напряженности регуляторных систем при проведении АОП предполагают сохранение адаптационных возможностей механизмов вегетативной регуляции сердечного ритма у пациентов обеих групп.

0195 ИЗУЧЕНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И БИОМЕХАНИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ С ФАКТОРАМИ РИСКА ИБС

Гаранин А.А., Рябов А.Е.
ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава», Самара, Россия

Цель работы. Исследовать параметры биомеханики сердца и магистральных артерий в покое и при выполнении проб с вазодилатацией у лиц с факторами риска ИБС: курением, артериальной гипертензией (АГ) и сахарным диабетом (СД).

Материалы и методы. Обследовано 87 человек, из них 20 человек некурящих практически здоровых (группа 1 – контрольная, средний возраст 20,4 года), 20 – курящих (в среднем 10 сигарет в день) без клинических признаков сердечно-сосудистых заболеваний (группа 2, средний возраст 20,8 года), 28 – с АГ 1 степени (группа 3, средний возраст 35,2 года) и 19 – с компенсированным СД 1 типа (группа 4, средний возраст 42,7 года). Все группы изучались при помощи компьютерной апекскардиографии и сфигмографии (aa.carotIs, ulnarIs et radIalIs), оценивали показатели биомеханики: длительность фаз сердечного и сосудистого цикла, скорость, ускорение, мощность и работу. Оценка эндотелиальной дисфункции (ЭД) проводилась с помощью компьютерной сфигмографии локтевой артерии в покое и после проведения манжеточной пробы (эндотелийзависимая вазодилатация – ЭЗВД) и пробы с нитроглицерином (эндотелийнезависимая вазодилатация – ЭНВД).

Полученные результаты. Выявлено усиление механической активности миокарда в систолу в 3-ей группе (АГ), например, работа в фазу повышения внутрижелудочкового давления превышала при АГ значения 1-ой и 2-ой группы в 2 раза. В 4 группе отчетливо прослеживается снижение параметров биомеханики в диастолу, в частности, работа в фазу быстрого наполнения у больных с СД была меньше, чем в 1-3 группах, в 3,9, в 2,5 и в 4,1 раза соответственно. На центральных артериях мышечно-эластического типа (a.carotIs) в 4 группе по сравнению с контролем снижена сила растяжения сосудистой стенки в диастолическую фазу медленного притока на 29,3%, в систолические фазы оттока (на 16,4%) и формирования дикротической волны (на 34,1%). В 3 группе работа медленного притока была меньше нормы на 17,7%. На периферических артериях мышечного типа (a.radIalIs) во 2 группе выявлены противоположные обычным изменения скорости движения сосудистой стенки в систолу: этот показатель в фазу оттока оказался больше, чем при АГ на 27,2%, а в фазу формирования дикротической волны меньше на 19,8%. В эту же фазу выявлено снижение работы во 2 и 4 группах на 25,9% и 52,2% соответственно. При оценке ЭНВД зафиксирован прирост работы в систолу a.ulnarIs в группе 3, а при исследовании ЭЗВД эти же процессы прослеживаются и в группах 2 и 4.

Заключение. По нашему мнению, указанные изменения свидетельствуют о разном вкладе изучаемых факторов риска в нарушения биомеханики сердечно-сосудистой системы. В группе курящих обнаружена только дистония мышц сосудистой стенки в систолу и признаки ЭД, в группе АГ – систолическая гиперфункция миокарда и снижение диастолического растяжения центральных артерий на фоне ЭД, в группе СД – диастолическая дисфункция миокарда и снижение мышечной активности сосудов в систолу с признаками ЭД.

0196 ВЛИЯНИЕ ИВАБРАДИНА НА МИОКАРДИАЛЬНУЮ ПЕРФУЗИЮ И КОРОНАРНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Гарганеева А.А., Багреева С.М., Минин С.М.
ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования – оценка клинической эффективности и влияния на перфузию миокарда ингибитора If-каналов – ивабрадина у больных ИБС со стенокардией напряжения II-III ФК.

Материал и методы. Обследовано 23 пациента мужского пола со стабильной стенокардией напряжения II–III ФК по классификации Канадской ассоциации кардиологов. Средний возраст составил 52,3±1,12 г. Оценивались результаты 12-недельной терапии ингибитором If-каналов – ивабрадином (Кораксан фирмы ServIer, Франция) в средней дозе 5,2±0,7 мг/сут. Наряду с общеклиническим обследованием выполнялись нагрузочные велоэргометрические тесты, суточное мониторирование ЭКГ, оценка качества жизни с помощью опросника SF-36 и однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОЭКТ) с 199Tl для оценки степени выраженности нарушений перфузии миокарда.

Результаты и их обсуждение. В результате проводимой терапии ивабрадином отмечено уменьшение клинических проявлений коронарной недостаточности в виде уменьшения эпизодов, а в ряде случаев исчезновения приступов стенокардии. Произошло достоверное уменьшение количества пациентов со II и III ФК стенокардии, в свою очередь количество больных с I ФК и без эпизодов стенокардии достоверно возросло. В среднем по группе отмечен достоверный прирост физической толерантности на 44,7%. Убедительным свидетельством положительного влияния терапии ивабрадином на клиническое течение ИБС явилось также улучшение качества жизни пациентов на 20% (p<0,05). Интересным представляется установленный факт выраженной антиангинальной эффективности 12-недельной терапии ивабрадином, о чем свидетельствовало достоверное уменьшение количества приступов стенокардии (на 15,7%; p<0,001) и суточной потребности в НТГ (на 16,0%; p<0,05). Улучшение миокардиальной перфузии проявилось достоверным (p=0,002) уменьшением средней величины преходящих дефектов перфузии миокарда по результатам ОЭКТ.

Выводы. Доказано положительное влияние терапии ингибитором If-каналов – ивабрадином на клинические проявления коронарной недостаточности и качество жизни у больных

ИБС со стабильной стенокардией напряжения II-III ФК. Впервые установлено положительное влияние ивабрадина на миокардиальную перфузию, что проявилось существенным уменьшением средней величины преходящих дефектов перфузии миокарда на фоне проводимой терапии ивабрадином по результатам ОЭКТ с 199Tl. Установленный факт позволяет оптимизировать подходы к медикаментозному лечению стабильной стенокардии у больных ИБС.

0197 НОВЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА

Гарганеева Н.П., Розин А.И., Масунов В.Н.
ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия; Томский Военно-медицинский институт, Томск, Россия

Актуальным является изучение психосоциальных факторов с позиции интегративного подхода к многофакторной профилактике кардиоваскулярной патологии.

Цель: изучить взаимосвязь соматических и психосоциальных факторов риска (ФР) на развитие и течение кардиоваскулярных заболеваний у больных с невротическими, связанными со стрессом, и аффективными расстройствами.

Материал и методы: Обследовано 832 пациента (361 мужчина и 471 женщина), средний возраст 49,5±6,4 года с гипертонической болезнью (ГБ) и ишемической болезнью сердца (ИБС). На момент госпитализации в отделение пограничных состояний в клинической картине больных доминировали психические расстройства невротического и аффективного уровня, обусловленные психосоциальным стрессом в соответствии со шкалой выраженности стрессорных факторов. В исследовании применен системный анализ взаимосвязи соматических, психических, психосоциальных факторов, определяющий механизмы формирования психосоматических соотношений у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Результаты: Наряду с известными и доказанными для кардиоваскулярной патологии ФР стратификации сосудистых осложнений такими, как артериальная гипертония, дислипидемия, ожирение, нарушения ритма сердца, ЧСС и ее вариабельность, гипертрофия левого желудочка сердца, ангиопатия, сахарный диабет, отягощенность семейного анамнеза, пошаговый алгоритм включил ряд психосоциальных прогностических факторов. Из всех психосоциальных факторов на формирование психопатологии наибольшее психотравмирующее воздействие оказывают стрессорные ФР ($p=0,0001$). Это способствует развитию расстройств невротического уровня (реакции на тяжелый стресс, расстройства адаптации, депрессивные, тревожные расстройства, смешанное тревожное и депрессивное расстройство и другие, а также развитию аффективных расстройств депрессивного характера (депрессивный эпизод, дистимия). Психосоциальные стрессоры (негативные жизненные события) были более значимыми для женщин (44%), производственные и медицинские для мужчин (50%). В число предикторов вошли: возраст начала психического расстройства ($p=0,0001$) и его давность ($p=0,0001$); соотношение возраста начала и давности психической и кардиологической патологии ($p=0,0001$); психопатологический синдром ($p=0,0001$); невротические, связанные со стрессом расстройства ($p=0,0001$); аффективные расстройства ($p=0,0001$); выраженность и структура психосоциальных стрессорных факторов ($p=0,0001$).

Выводы: Психосоциальные стрессорные факторы следует рассматривать совместно с другими известными ФР в качестве суммарной оценки критериев развития и прогнозирования степени стратификации осложнений кардиоваскулярной патологии. Больные с тревожными и депрессивными расстройствами составляют группу высокого риска заболеваний сердечно-сосудистой системы, что создает условия для поиска интегративных мер диагностики, терапии, профилактики и реабилитации. Таким образом, изучение взаимосвязей соматических, психических и психосоциальных факторов в развитии и прогрессировании ИБС и ГБ расширяет представления о традиционных и новых кардиоваскулярных факторах риска.

0198 ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА: ВОПРОСЫ КОМОРБИДНОСТИ И ТЕРАПИИ

Гарганеева Н.П., Розин А.И., Счастный Е.Д., Гуляева Е.Б.
ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Томск, Росси; ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель: изучить клинические особенности депрессивных расстройств у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ), ассоциированной с ишемической болезнью сердца (ИБС) и компонентами метаболического синдрома.

Методы: В отделении артериальных гипертоний обследовано 45 пациентов (15 мужчин и 30 женщин, средний возраст 48,6±3,3 года. ГБ, ассоциированная с ИБС, наблюдалась у 20 (44,4%) больных; ассоциированная с дислипидемией, ожирением, сахарным диабетом 2 типа, у 17 (37,8%). Депрессивные расстройства диагностировались с использовались клинико-психопатологического, экспериментально-психологического методов исследования. Для оценки уровня депрессии и эффективности терапии применялась шкала Монтгомери-Асберга (MADRS).

Результаты: Клинически значимые депрессивные расстройства невротического и аффективного уровней были выявлены у 19 (42%) больных. В соответствии с нозологией депрессивные расстройства были представлены хроническим аффективным расстройством – дистимией в 36% случаев, депрессивным эпизодом умеренной степени в 31% (в рамках рекуррентного депрессивного расстройства в 8%), смешанным тревожным и депрессивным расстройством в 11%, кратковременной депрессивной реакция в 11%, органическим депрессивным расстройством в 11%. У 15 (33%) больных отмечено сочетание депрессивного расстройства с тревожными расстройствами (паническое расстройство у 9, генерализованное тревожное расстройство у 6). Уровень депрессии по шкале MADRS составил в среднем 26±1,4 балла, что соответствовало легкой и умеренной степени выраженности депрессии. Терапевтическая тактика включала использование антидепрессантов группы СИОЗС в течение 4 нед в минимальных дозировках (флувоксамин 50 мг/сут, флуоксетин 20 мг/сут, пароксетин 20 мг/сут) наряду с препаратами соматотропного действия, назначенными кардиологом. Пациентов с симптомами депрессии отличали более высокие показатели уровня тревожности, высокий уровень алекситимии, склонность к соматизации психических переживаний. В работе психиатра с больными кардиологического стационара были отмечены некоторые трудности в формировании комплайенса, так как пациенты склонны считать сниженное настроение, тревогу, подавленность, апатию естественными проявлениями соматического заболевания. Наиболее сложным было убедить пациента в необходимости приема антидепрессантов. Акцентировалось внимание больного на обоснованность влияния тревоги и депрессии как факторов риска, отягощающих течение ГБ и ИБС. На фоне терапии антидепрессантами достигнуто снижение среднего балла уровня депрессии по шкале MADRS по сравнению с исходным (до 13±1,1 на 2-й недели; $p<0,05$) и (до 7±0,8 на 4-й недели лечения; $p<0,05$). Редуцировались такие проявления депрессии, как инсомния, внутренняя напряженность, апатия. Пациенты указывали на отчетливое улучшение общего самочувствия, уменьшение частоты приступов стенокардии и эпизодов подъема уровня АД.

Выводы: полученные результаты указывают на необходимость коррекции депрессивных расстройств, разработки проспективных программ реабилитации кардиологических больных при участии и сотрудничестве кардиолога и психиатра.

0199 ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРЕ СЕСТРИНСКОГО УХОДА: ИЗУЧЕНИЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Гарганеева Н.П., Шахурова Н.И., Счастный Е.Д.
ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

В позднем возрасте депрессия является наиболее частой причиной суицидов, утяжеляет течение и прогноз коморбидной сердечно-сосудистой патологии. В связи с наклонностью к затяжному, стертому течению, частым рецидивам, депрессия у пожилых пациентов нередко становится не временным состоянием, а образом существования. Актуальность исследования обусловлена широкой распространенностью депрессивных расстройств у геронтологических больных.

Цель исследования: изучение депрессивных расстройств у геронтологических пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в условиях стационара по оказанию паллиативной помощи (стационар сестринского ухода).

Материал и методы: исследование выполнено на базе специализированного стационара по оказанию паллиативной помощи в отделении сестринского ухода. Наиболее частой причиной госпитализации геронтологических больных в стационар является отсутствие возможности организовать полноценный уход на дому. Обследовано 69 больных (средний возраст 77,3±4,5 года) с верифицированными сердечно-сосудистыми заболеваниями и депрессивными расстройствами. Оценка психического состояния проводилось с использованием психопатологического исследования и оценочных шкал: Госпитальной шкалы депрессии и тревоги (HADS), Гериатрической шкалы депрессии (GDS-15). Исключались больные с тяжелой стадией хронической сердечной недостаточности, с афазией, выраженными когнитивными расстройствами, нарушениями сознания.

Результаты: Коморбидность депрессивных расстройств и кардио- и цереброваскулярных заболеваний была представлена в 24 случаях ишемической болезнью сердца, в 45 случаях - хронической недостаточностью мозгового кровообращения на фоне гипертонической болезни II-III стадии и церебрального атеросклероза, из которых 16 в анамнезе перенесли острое нарушение мозгового кровообращения. В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 органическое аффективного расстройство выявлено у 34 (49,3%) пациентов, рекуррентное депрессивное расстройство - у 17 (24,6%), дистимия - у 12 (17,4%), расстройства адаптации у – 6 (8,7%) пациентов. Психодиагностические шкалы являются чувствительными к выявлению депрессивных расстройств в данной возрастной группе, заполнение опросников не требует большого количества времени и позволяет получить необходимую информацию, не допуская утомления больных. Опрос пациентов по шкалам проводился специально обученной медсестрой. Результаты оценочных шкал являлись основанием для назначения антидепрессивной фармакотерапии наряду с использованием препаратов кардиологического и сосудистого действия.

Выводы: Проблемы гериатрии обсуждаются недостаточно в связи с отсутствием развитой системы оказания необходимой адекватной терапевтической (кардиологической) и психиатрической помощи больным пожилого и старческого возраста, нуждающимся в полноценном уходе и сведению к минимуму их страданий. Организация медицинской помощи геронтологическим больным и формы ее реализации представляет собой одну из важных проблем практического здравоохранения.

0200 СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА И РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ В ТЕЧЕНИЕ 10-ЛЕТНЕГО ПЕРИОДА ИЗУЧЕНИЯ (эпидемиологическое исследование на основе программы ВОЗ“MONICA”)

Гафаров В.В.[1], Громова Е.А.[1], Гагулин И.В.[1]
Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний в Сибири СО РАМН (НИИ терапии[1], Новосибирск; Сибирский мед университет, НИИ кардиологии ТНЦ, Томск; Тюменский кардиологический центр – филиал НИИ кардиологии ТНЦ, Тюмень) и ЯНЦ РАМН и Правительства Республики Саха (Якутия), Россия

Цель исследования. Изучение влияния уровня социальной поддержки на риск возникновения артериальной гипертензии в течение 10 лет у мужчин в возрасте 25-64 лет.

Материалы и методы. В рамках программы ВОЗ «MONICA – психосоциальная» в 1994г обследована случайная репрезентативная выборка мужчин в возрасте 25-64 лет, жители одного из районов г. Новосибирска. В течение 10-летнего периода (1995-2004гг) в когорте были изучены все случаи возникновения артериальной гипертензии. Уровень социальной поддержки определялся с помощью теста Berkman-Syme, учитывался индекс близких контактов (ICC) и индекс социальных связей (SNI). Статистический анализ проводился с помощью пакета программ “SPSS-11,5”. Кокс-пропорциональная регрессионная модель использовалась для оценки относительного риска возникновения инфаркта миокарда.

Результаты. Распределение по индексу ICC, мужчин с впервые возникшей АГ: 63,9% - низкий индекс ICC; 25,4% - средний ICC; 10,7% - низкий ICC (χ^{w}=1,739, υ=3, p=0,678).

Распределение по индексу SNI, мужчин с впервые выявленной АГ: 43,0% - низкий SNI; 36,5% - средний-1 индекс SNI, 16,5% - средний-2 индекс SNI; 4,0% - высокий индекс SNI (χ^2=8,863, υ=4, p=0,065) .

В течение первых 5 лет наблюдения относительный риск развития АГ в 2 раза у мужчин с низким индексом близких контактов, по сравнению с мужчинами с высоким и средним индексами близких контактов (p<0,05). В течение 10 лет наблюдается тенденция увеличения относительного риска развития АГ в 1,28 раз у мужчин с низким показателем индекса ICC.

В течение первых 5 лет относительный риск развития АГ был выше в 3 раза среди мужчин с низким индексом SNI (p<0,05). Через 10 лет наблюдалась тенденция увеличения относительного риска в 1,43 раза у мужчин с низким показателем индекса SNI.

Увеличение относительного риска АГ наблюдалось у мужчин разведенных, овдовевших, а так же среди лиц с низким профессиональным и образовательным уровнем.

Заключение. Полученные результаты показывают, что в популяции мужчин 25-64 лет риск возникновения артериальной гипертензии связан с низким уровнем социальной поддержки.

0201 ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ НА РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ В ТЕЧЕНИЕ 10- ЛЕТНЕГО ПЕРИОДА ИЗУЧЕНИЯ (эпидемиологическое исследование на основе программы ВОЗ“MONICA”)

Гафаров В.В.[1], Громова Е.А.[1], Гагулин И.В.[1]
Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний в Сибири СО РАМН (НИИ терапии[1], Новосибирск; Сибирский мед университет, НИИ кардиологии ТНЦ, Томск; Тюменский кардиологический центр – филиал НИИ кардиологии ТНЦ, Тюмень) и ЯНЦ РАМН и Правительства Республики Саха (Якутия), Россия

Цель исследования. Изучение влияния уровня социальной поддержки на риск возникновения инфаркта миокарда в течение 10 лет у мужчин в возрасте 25-64 лет.

Материалы и методы. В рамках программы ВОЗ «MONICA – психосоциальная» в 1994г обследована случайная репрезентативная выборка мужчин в возрасте 25-64 лет, жители одного из районов г. Новосибирска. Уровень социальной поддержки определялся с помощью теста Berkman-Syme, учитывался индекс близких контактов (ICC) и индекс социальных связей (SNI). В течение 10- летнего периода (1995-2004гг) в когорте были изучены все случаи возникновения инфаркта миокарда. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ "SPSS-11,5". Кокс-пропорциональная регрессионная модель использовалась для оценки относительного риска возникновения инфаркта миокарда.

Результаты. В группе мужчин с впервые возникшим инфарктом миокарда при обследовании на скрининге выявлено, что у 71% мужчин был низкий индекс ICC, у 15,8% средний индекс ICC и у 13,2% - высокий индекс ICC (χ^2=2,213, υ=3, p=0,529). У 42,1% мужчин с инфарктом был низкий индекс SNI, у 44,7% - средний-1 индекс SNI, у 10,5% - средний-2 индекс SNI и, наконец, у 2,6% - высокий индекс SNI (χ^2=1,352, υ=4, p=0,853).

Через 5 лет от момента скрининга относительный риск возникновения инфаркта миокарда был выше в 2,35 раза у мужчин с низким индексом ICC (p<0,01). В течение 10 лет от начала исследования, относительный риск развития ИМ у мужчин с низким индексом ICC был в – 2,6 раз выше (p<0,01).

Относительный риск развития ИМ в течение первых 5 лет наблюдения был в – 2,12 раз выше (p<0,01) у мужчин с низким индексом SNI. В течение времени риск незначительно возрос и составил через 10 лет в - 2,17 раз выше у мужчин с низким индексом SNI по сравнению с мужчинами с высоким и средним-1 и средним-2 показателями индекса SNI (p<0,05).

Наибольшая частота инфаркта миокарда наблюдалась среди мужчин с низкими индексами близких контактов и социальных связей, относящимися к группам вдовых, разведенных мужчин с незаконченным средним - начальным уровнем образования, а также к рабочим тяжелого, среднего физического труда, пенсионерам, с низким уровнем социальной поддержки.

Заключение. Полученные результаты показывают, что в популяции мужчин 25-64 лет риск возникновения инфаркта миокарда связан с низким уровнем социальной поддержки.

0202 10- ЛЕТНЕЕ ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДРЖКИ НА РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНСУЛЬТА В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ (эпидемиологическое исследование на основе программы ВОЗ"MONICA")

Гафаров В.В.[1], Громова Е.А.[1], Гагулин И.В.[1]
Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний в Сибири СО РАМН (НИИ терапии, Новосибирск; Сибирский мед университет, НИИ кардиологии ТНЦ, Томск; Тюменский кардиологический центр – филиал НИИ кардиологии ТНЦ, Тюмень) и ЯНЦ РАМН и Правительства Республики Саха (Якутия), Россия

Цель исследования. Изучение влияния психосоциальных факторов на риск возникновения инсульта в течение 10 лет у мужчин в возрасте 25-64 лет.

Материалы и методы. В рамках программы ВОЗ «MONICA – психосоциальная» в 1994г обследована случайная репрезентативная выборка мужчин в возрасте 25-64 лет, жители одного из районов г. Новосибирска. В течение 10- летнего периода (1995-2004гг) в когорте были изучены все случаи возникновения инсульта. Уровень социальной поддержки определялся с помощью теста Berkman-Syme, учитывался индекс близких контактов (ICC) и индекс социальных связей (SNI). Статистический анализ проводился с помощью пакета программ "SPSS-11,5". Кокс-пропорциональная регрессионная модель использовалась для оценки относительного риска возникновения инсульта.

Результаты. В группе мужчин с впервые возникшим инсультом распространённость лиц ICC с низким составила 68,1%, со средним индексом – 21,3%, с высоким индексом – 10,6% (χ^2=3,149, υ=2, p=0,207).

У большинства мужчин с инсультом был низкий индекс SNI –55,3% (p<0,05), средний-1 индекс – у 21,3%, средний-2 – у 14,9% и высокий индекс у 8,5% (χ^2=11,619 υ=3 p=0,009).

В течение 5-летнего периода относительный риск инсульта у мужчин с низким ICC был в 3,9 раза выше по сравнению с мужчинами с средним или высоким показателем индекса ICC (p<0,001). В течение 10-летнего периода относительный риск развития инсульта у мужчин с низким показателем индекса ICC был в 2,5 раза выше (p<0,05).

В течение 5-летнего периода относительный риск возникновения инсульта был в 4,2 раза выше среди мужчин с низким индексом SNI, по сравнению с мужчинами с высоким и средним-1 и средний-2 индексами SNI (p<0,0001). В течение 10-летнего периода риск возникновения инсульта был в 3,4 раза выше среди мужчин с низким индексом SNI, по сравнению с мужчинами со средним-1 и средним-2 или высоким показателями индекса SNI (p<0,01).

Протективными факторами в отношении риска развития инсульта явились высокий образовательный, профессиональный уровни, семейный статус - «женат» и высокий уровень социальной поддержки.

Заключение. Полученные результаты показывают, что в популяции мужчин 25-64 лет риск возникновения инсульта связан с недостаточным уровнем социальной поддержки.

0203 СКОРОСТЬ ПРОДВИЖЕНИЯ РАННЕГО ПОТОКА НАПОЛНЕНИЯ КАК ИНДИКАТОР ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Гахова Т.А, Рябиков А.Н., Иванов С.В., Рябиков М.Н., Малютина С.К.
НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Заболеваемость артериальной гипертензией (АГ) и сахарным диабетом (СД) среди населения высока. Данные нозологии приводят к повышению «жёсткости» миокарда, диастолической дисфункции и потенциальному развитию хронической сердечной недостаточности. Учитывая ограничения стандартной оценки трансмитрального кровотока, актуально изучение диастолической функции с помощью цветного допплеровского М-режима.

Цель исследования: изучить ассоциации показателей М-модальной цветной допплеровской оценки трансмитрального потока с артериальной гипертензией и сахарным диабетом.

Допплер-эхокардиографическое исследование выполнено в популяционной группе мужчин 45-69 лет (n=415). Дополнительно к оценке конвенционных показателей трансмитрального кровотока изучали скорость продвижения раннего диастолического потока (transmItral flow propogatIon, MFP) в полости ЛЖ в режиме M-Color Doppler. Для анализа использовали статистический пакет SPSS (версия 13.0).

Результаты: средние значения показателя MFP в мужской популяции 45-69 лет составили 46,5 см/с. У пациентов с АГ, стандартизованный по возрасту средний показатель MFP составил 48,1 см/с и был достоверно выше, чем у нормотоников (44,3см/с, p=0,017). Среднее значение MFP достоверно снижалось у пациентов с эффективным контролем АД (46,8 см/с) по сравнению с группой неэффективно леченных больных АГ (50,5 см/с), p=0,069.

При сопоставлении групп пациентов с СД и без этого заболевания выявлено достоверное увеличение MFP при СД (52,6 см/с против 45,7см/с, p=0,004), различие сохранялось при стандартизации по возрасту.

Заключение: показатель скорости диастолического трансмитрального потока наполнения ЛЖ в режиме M-Color Doppler увеличивается при артериальной гипертензии и сахарном диабете независимо от возраста.

Оценка скорости продвижения раннего диастолического потока в полости левого желудочка (MFP) может быть рекомендована в качестве дополнительной характеристики нарушений фазы наполнения ЛЖ

0204 КЛАССИФИКАЦИЯ ЭКСТРАСИСТОЛИИ ПО ФУНКЦИОНАЛЬНОМУ ЗНАЧЕНИЮ

Германов А.В., Борзенкова Г.А., Терешина О.В., Германова О.А., Бугаева Л.Н.
ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава», Самара, Россия

Цель. Оценить вклад преждевременного сокращения и первого постэкстрасистолического сокращения в гемодинамику и кинетику сердца и магистральных артерий, на этой основе разработать классификацию экстрасистолии.

Методы. Были обследованы больные с нарушением сердечного ритма в виде суправентрикулярной и желудочковой экстрасистолии, возникающие в фазу изоволюмического снижения внутрижелудочкового давления до открытия митрального клапана и в фазы быстрого и медленного наполнения желудочков. Регистрировались сфигмограммы (СГ) магистральных артерий сонной, лучевой, локтевой, бедренной задней артерии голени и свода стопы, и УЗДГ магистральных артерий. Для уточнения момента возникновения экстрасистол в кардиоцикле и локализации эктопического центра - апекскардиография (АКГ) и ЭКГ. Объем сердечного выброса и трансмитральный кровоток оценивались с помощью ЭхоКГ. Рассчитывались параметры биомеханики сердца и кинетики магистральных артерий, характеризующие скорость, ускорение, мощность и работу в каждую фазу сердечного цикла в систолу и диастолу по АКГ, а также в периоды преобладания притока над оттоком и в период преобладания оттока над притоком по СГ. Всем больным проводилась регистрация допплерограмм общей сонной артерии, лучевой артерии и задней артерии голени на цифровой ультразвуковой системе экспертного класса LogIq 7. Для анализа кровотока определялись следующие показатели: пиковая скорость прямого кровотока, объём потока крови.

Результаты. Проведенные исследования позволили количественно характеризовать различные варианты экстрасистолии, которые принципиально отличаются степенью участия в создании результирующего кровотока. При этом оценивался вклад в кровообращение самого преждевременного сокращения и первого постэкстрасистолического сокращения. Это явилось естественным основанием для выделения следующих классов экстрасистолии независимо от локализации эктопического центра:

1. экстрасистолы, возникающие до открытия митрального клапана (ранние);
2. экстрасистолы, возникающие до пика трансмитрального кровотока в фазу быстрого наполнения желудочков;
3. экстрасистолы, возникающие после пика трансмитрального кровотока в фазу быстрого наполнения желудочков;
4. экстрасистолы, возникающие в фазу медленного наполнения желудочков;
5. экстрасистолы, возникающие после волны Р очередного синусового импульса (поздние);
6. спаренная и групповая экстрасистолия.

Выводы. Формирование тактики лечения и целесообразность купирования экстрасистолии во многом определяется степенью изменений гемодинамики при каждом конкретном варианте этого нарушения ритма. Определяющее значение имеет время возникновения экстрасистолы в кардиоцикле и способность первого постэкстрасистолического сокращения восстановить адекватный результирующий кровоток.

0205 ВТОРИЧНАЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ЭКСТРАСИСТОЛИИ И НЕПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ МОБИТЦ I

Германов А.В., Борзенкова Г.А., Терешина О.В., Бугаева Л.Н., Шиляева Н.В.
ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава», Самара, Россия

Цель. Изучить причины и особенности формирования гемодинамической артериальной гипертензии при экстрасистолии и атриовентрикулярной блокаде Мобитц I.

Методы. Были обследованы больные с нарушением сердечного ритма в виде суправентрикулярной и желудочковой экстрасистолии, возникающие в фазу изоволюмического снижения внутрижелудочкового давления до открытия митрального клапана и в фазы быстрого и медленного наполнения желудочков, а также больные с неполной атриовентрикулярной блокадой Мобитц I. Производилась регистрация АД во время очередного сокращения, а также во время первого постэкстрасистолического сокращения (1ПЭС) и во время первого сокращения после периода Самойлова-Венкебаха традиционным способом на плечевой артерии. Регистрировались сфигмограммы магистральных артерий и УЗДГ магистральных артерий, для уточнения момента возникновения экстрасистол в кардиоцикле и локализации эктопического центра апекскардиография и ЭКГ.

Результаты. Экстрасистолия, возникающая до открытия митрального клапана сопровождается крайне низким ударным объемом (УО). 1ПЭС происходит с максимальным УО. Прирост систолического артериального давления (АДс.) достигает 30%. Увеличение наружного диаметра магистральных артерий до 25-30%. Экстрасистолия, возникающая в фазу быстрого наполнения, характеризуется формированием более высокого УО. 1ПЭС имеет меньший УО, чем при ранней экстрасистолии. АДс. в 1ПЭС на 15-20% выше по сравнению с другими очередными. Внешний диаметр магистральных артерий увеличивается до 15%. Экстрасистолия, возникающая в фазу медленного наполнения, сопровождается формированием практически нормального УО. Прирост АДс. в 1ПЭС достигает 5%.Увеличение внешнего диаметра магистральных артерий после 1ПЭС 0-5%.При неполной атриовентрикулярной блокаде Мобитц I складывается гемодинамическая ситуация по сути очень близкая к ранней экстрасистолии. Первое сокращение после периода Самойлова-Венкебаха характеризуется формированием увеличенного УО с приростом АДс. на 30-35% с увеличением внешнего диаметра артерий до 35%. Анализ АД, например, при устойчивой тригеминии или длительно существующей блокаде Мобитц I позволяет утверждать, что повышение АД после 1ПЭС или после периода Самойлова-Венкебаха существует годами.

Выводы. Наибольшее значение в формировании транзиторной артериальной гипертензии приобретает гидравлический удар, возникающий после первого постэкстрасистолического сокращения, обусловленный повышенным сердечным выбросом. Прямым следствием этого могут быть нестабильность атеросклеротических бляшек и фрагментация пристеночных внутрисосудистых тромбов с увеличением вероятности тромбоэмболических осложнений.

Уровень повышения АД определяется моментом возникновения экстрасистолы в кардиоцикле, а не локализацией эктопического центра. При этом наибольшую опасность для гемодинамики представляет первое постэкстрасистолическое сокращение.

0206 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОЗОМ КАРОТИДНОЙ БИФУРКАЦИИ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КАРОДИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ

Германова О.А., Крюков Н.Н., Вачев А.Н., Германов А.В.
Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Цель исследования. Изучение влияние операции каротидной эндартерэктомии на течение артериальной гипертонии у пациентов с гемодинамически значимым стенозом каротидной бифуркации.

Материал и методы. Обследовано 330 пациентов с гемодинамически значимым стенозом каротидной бифуркации, выявленным ультразвуковыми методами исследования. Всем больным выполнена операция каротидной эндартерэктомии по классической или эверсионной методикам с сохранением и без сох-

ранения каротидного гломуса. Возраст пациентов - от 39 до 69 лет. В анамнезе у 116 (35,2%) ишемический инсульт, 55 (16,7%) больных перенесли инфаркт миокарда. До операции диагноз «гипертоническая болезнь» был поставлен 286 (86,7%) больным. Артериальная гипертония 1 степени у 6 (1,8%) больных, 2 степени - у 87 (26,4%), 3 степени - у 193 (58,5%) больных. Длительность гипертонии составляла более 5 лет у 191 (57,9%) пациента; 282 (85,5%) пациента регулярно принимали комбинированную антигипертензивную терапию. До операции больным проводились дополнительные методы исследования для исключения причин вторичных артериальных гипертоний.

Результаты. Снижение АД в послеоперационном периоде наблюдалось у 242 (73,3%) больных и происходило чаще всего на 2-10 сутки, у 80 (24,2%) - существенно не изменилось, и только у 8 (2,5%) была отмечена тенденция к его повышению. Такие результаты требовали полного пересмотра ранее применяемой антигипертензивной терапии по группам препаратов и по дозировкам. Тенденция к стабилизации уровня АД и более мягкое течение гипертонии прослеживалось нами около года. На основании клинических наблюдений целесообразно выполнение операции каротидной эндартерэктомии с сохранением каротидного гломуса, а при выполнении операции с двух сторон – с односторонним сохранением гломуса. Это обеспечивает меньшие колебания АД в послеоперационном периоде и более стабильное течение артериальной гипертонии на протяжении года наблюдения.

Выводы. Учитывая факт развития артериальной гипертонии у пациентов с гемодинамически значимым стенозом каротидной бифуркации и отчетливый антигипертензивный эффект операции каротидной эндартерэктомии, считаем возможным выделить вторичную артериальную гипертонию цереброваскулярного генеза в отдельную самостоятельную форму. Целесообразно выделение трех основных типов вторичной артериальной цереброваскулярной гипертонии: 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) – развивается быстро и становится практически не корригируемой медикаментозно.

0207 СВЯЗЬ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ СО СМЕРТНОСТЬЮ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА: РЕЗУЛЬТАТЫ 25-ЛЕТНЕГО ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Герцен М.А., Козлов И.Д.
РНПЦ Кардиология, Минск, Беларусь

Хотя свидетельства в пользу низкого риска развития инфаркта миокарда (ИМ) среди умеренно употребляющих алкоголь многочисленны и последовательны, значительно меньше ясности в отношении влияния употребления алкоголя на прогноз пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Целью исследования было изучить частоту развития ИМ, смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в течение 25-летнего наблюдения лиц с ИБС в зависимости от употребления алкоголя.

Методы. Статус в отношении употребления алкоголя (редкое - несколько раз в году, умеренное - один раз в неделю/месяц, частое (несколько раз в неделю) оценивался у лиц с ИБС (480 человек), выявленной по эпидемиологическим критериям при скрининговом исследовании случайной выборки мужчин 40-59 лет г. Минска, численностью 4241 человек. Собиралась информация о случаях инфаркта миокарда, смерти от сердечно-сосудистых заболеваний за период 25 - летнего наблюдения после первичного обследования. Экспертная оценка и верификация диагноза осуществлялась с использованием методов и критериев, рекомендованных ВОЗ для эпидемиологических исследований.

Результаты. Относительный риск смерти от ИМ у лиц редко или умеренно употребляющих алкоголь был в 1,6 раз (95% доверительный интервал: 1,46-2,2, P<0,05) и в 2 раза (95% доверительный интервал: 1,68-2,3, P<0,05), соответственно, ниже, чем среди не употребляющих спиртные напитки.

У лиц умеренно употребляющих алкоголь относительный риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний был в 1,6 раза ниже, чем у часто употребляющих алкоголь (95% доверительный интервал: 1,14-1,9, P<0,05) и в 1,5 раз ниже (95% доверительный интервал: 1,25-1,7, P<0,05), чем у редко употребляющих алкоголь. Относительный риск сердечно-сосудистой смертности среди неупотребляющих алкоголь был достоверно - в 1,45, 2,1, 1,3 раза выше, чем у редко, умеренно, часто употребляющих алкоголь, соответственно.

Выводы. Умеренное употребление алкоголя ассоциируется с более благоприятными исходами в отношении смерти от инфаркта миокарда, сердечно-сосудистой смертности в целом, чем частое, редкое или неупотребление алкоголя у лиц с ИБС, выявленной при эпидемиологическом исследовании. Исходя из этических и практических соображений, полученные данные следует рассматривать не только в связи с позитивными аспектами психосоциальной адаптации пациентов с ИБС, но также и неблагоприятным влиянием частого употребления алкоголя на прогноз указанного контингента.

0208 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Гетманова Н.А.
ГОУ ВПО УГМА Росздрава, Екатеринбург, Россия

Цель исследования: Сравнительная оценка качества жизни у пациенток с АГ и с нормальным уровнем артериального давления.

Материал и методы: В исследование по типу случай-контроль включены 146 женщин в климактерическом периоде, страдающих АГ. Медиана возраста – 57 лет. Контрольную группу составили 146 женщин без АГ, сравнимые по возрасту. Статистическую обработку проводили с помощью пакета «StatIstIca for WIndows 5.0», учитывая характер распределения, отличный от нормального использовали для оценки различий критерий Манна-Уитни. Описательная статистика включала расчёты медиан, 25-го и 75-го процентилей.

Результаты: Продолжительность менопаузы у женщин из обеих групп составила 7 лет. ИМТ был значимо выше у женщин с повышенным АД (29,11 (26,40±32,47)) по сравнению с ИМТ женщин из контрольной группы (26,26 (23,99±29,11), p<0,001). Женщины из группы с АГ имели клинические проявления менопаузального синдрома: у них чаще наблюдались нейровегетативные, психоэмоциональные расстройства, чем у женщин без повышенного АД. Женщины с АГ имели значимо большую интенсивность головных болей и болей в области сердца, оцененных с помощью визуально-аналоговой шкалы боли.

Существенных различий в содержание мочевой кислоты, кальция, магния, креатинина, глюкозы, холестерина, ТГ исходя из данных биохимического анализа крови, у женщин из обеих групп не было. Но в группе с повышенным давлением, уровень ХС ЛПВП был ниже по сравнению с контрольной группой. Другие показатели липидного спектра между двумя группами не отличались.

Значимо выше у лиц с АГ были толщина межжелудочковой перегородки и конечный систолический размер.

Женщины, страдавшие АГ, имели выраженные ограничения по шкале физического функционирования по сравнению с женщинами без АГ (P=0,004), а также по шкалам ролевого физического функционирования (P=0,026), ролевого эмоционального функционирования (P=0,0001), психического здоровья (P=0,011). В то же время, наличие в анамнезе АГ не сопровождались существенными ограничениями по шкалам боли (P=0,715) и социального функционирования (P=0,377). При этом жизнеспособность женщин с АГ имела тенденцию к уменьшению

(P=0,052). Общая оценка здоровья была существенно ниже у женщин с АГ (P=< 0,001). Таким образом, наличие АГ существенно ухудшало КЖ женщин.

Выводы: Качество жизни женщин существенно ухудшается при наличии у них артериальной гипертензии.

Наличие АГ не только ухудшает общее состояние здоровья, но и вызывает значимые ограничения по шкалам физического функционирования, ролевого физического функционирования, ролевого эмоционального функционирования, психического здоровья.

0209 СИМПАТОАДРЕНАЛОВАЯ СИСТЕМА И КИНЕТИКА МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Гиривенко А.И., Пчелинцев В.П., Бороздин А.В., Лиферов Р.А., Симагина И.В., Трунина Т.П.
РязГМУ им. акад. И.П. Павлова Росздрава, Рязань, Россия

Целью исследования была оценка корреляционных взаимосвязей между состоянием перекисного окисления липидов (ПОЛ) и активностью симпатоадреналовой системы (САС), оцененной по вариабельности ритма сердца (ВРС) у больных прогрессирующей стенокардией напряжения на фоне лечения.

Нами обследован 41 больной прогрессирующей стенокардией напряжения (27 мужчин и 14 женщин, средний возраст 55,33±5,8 лет). Оценку состояния САС проводили по показателям ВРС: среднеквадратическое отклонение (СКО), вариационный размах (dX), индекс напряжения (ИН). ПОЛ оценивали по кинетике накопления малонового диальдегида (МДА): фоновый, на 5, 10, 15, 20, 25 и 30 минутах инкубации. Данные определяли при поступлении и через 14 дней лечения, которое проводили по принятой нами схеме: гепарин 5 тыс. ЕД 3 – 4 раза в день под кожу живота в течение первых 3 суток, аспирин 100–150 мг в сутки в один прием, нитраты пролонгированного действия (чаще всего нитросорбид 60–80 мг в сутки), β-блокаторы (метопролол 50 – 200 мг в сутки).

Показатели ВРС при поступлении были: СКО 0,021±0,007, dX 0,125±0,034, ИН 381,88±147,33. Кинетика накопления: фоновая концентрация МДА 41,5±3,3; на 5 минуте инкубации 51,2± 3,3, 10 – 49,8±4,4, 15 – 49,8±4,4, 20 – 44,3±3,0, 25 – 50,2±5,3, 30 – 63,7±5,3 нмоль/мл. Коэффициент корреляции был достоверным между показателями: СКО и концентрацией МДА на 15 минуте (-0,96), dX и концентрацией МДА на 25 и 30 минутах (-0,99 и -0,98 соответственно), ИН и концентрацией МДА на 15 минуте (+0,99) (p<0,05).

На фоне проводимого лечения показатели ВРС составили: СКО 0,025±0,007, dX 0,142±0,054, ИН 396,36±131,51. Достоверной разницы по этим показателям с первым исследованием не было. Кинетика накопления: фоновая концентрация МДА 32,5±2,6; на 5 минуте инкубации 33,8± 3,57, 10 – 29,0±9,99, 15 – 29,4±9,99, 20 – 36,3±2,23, 25 – 38,9±1,66, 30 – 70,1±1,05 нмоль/мл. После лечения накопление МДА на 5, 10 и 15 минутах инкубации достоверно снизилось (p<0,05). Коэффициент корреляции был достоверным между показателями: СКО и концентрацией МДА на 5 минуте (-0,98), ИН и концентрацией МДА на 20 минуте (+0,96) (p<0,05).

Таким образом, у больных прогрессирующей стенокардией напряжения имеется сильная прямая связь между активностью ПОЛ и показателем ИН и сильная обратная – с показателями СКО, dX. Полученные данные свидетельствуют о соответствии активности САС и ПОЛ. На фоне лечения происходит снижение активности ПОЛ при неизменных показателях ВРС. Корреляционные взаимосвязи при этом изменяются. Хотя сохраняется сильная отрицательная связь СКО и сильная положительная связь ИН с отдельными показателями кинетики накопления МДА, сами показатели отличаются. Это может свидетельствовать о влиянии лечения на звенья нарушения ПОЛ, не связанные с симпатоадреналовой системой.

0210 ЭКГ-КАРТОГРАФИЧЕСКОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ОЧАГОВЫХ НАРУШЕНИЙ ПЕРФУЗИИ И ЖИЗНЕСПОСОБНОГО МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Глазунов А.Б., Струтынский А.В., Вахромеева М.Н., Банзелюк Е.Н., Борискина Т.В., Кочетова С.И., Мошкова Н.К., Бакаев Р.Г., Антонов Д.А.
ГОУ ВПО «РГМУ», Лаборатория радионуклидной диагностики нарушений перфузии миокарда ЦГХ ФГУ, Москва, Россия

Цель исследования: оценить диагностические возможности метода поверхностного многополюсного ЭКГ-картирования в выявлении рубцовых изменений, индуцированной ишемии и жизнеспособного миокарда левого желудочка (ЛЖ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы: Методом динамического многополюсного ЭКГ-картирования сердца (PredIctor BSM-32, USA) обследованы 58 пациентов с различными формами ИБС (средний возраст – 56,5±4,8 лет). Данные, полученные при многополюсном ЭКГ-картировании сердца, сопоставлялись с результатами исследования перфузии миокарда методом однофотонной эмиссионной компьютерной томографии миокарда – ОФЭКТ («Forte», PhIlIps, USA) и в части случаев с результатами коронароангиографии (КАГ).

Результаты. У 47 больных ИБС (81%) методом многополюсного ЭКГ-картирования выявлены 3 вида очаговых нарушений перфузии миокарда, локализация и площадь которых полностью совпадали с результатами, полученными при проведении ОФЭКТ. Рубцовым изменениям миокарда ЛЖ, выявленным с помощью ОФЭКТ, соответствовали зоны пониженной электрической активности, определяемые на картах разности электрических потенциалов, полученных путем компьютерной процедуры вычитания из интегральной карты QRS больного соответствующих усредненных карт здоровых лиц («больной» - «усредненная норма»). Причем, на фоне нагрузочного теста увеличения амплитуд кардиосигналов в этой области не происходило. Участкам гибернирующего миокарда, верифицированным при ОФЭКТ, также соответствовали зоны сниженной электрической активности, однако, в отличие от рубцового поля, электрическая активность жизнеспособного миокарда увеличивалась в ответ на нагрузку. Наконец, обратимые нарушения перфузии миокарда (преходящая ишемия), индуцированные нагрузочным тестом, проявлялись двумя видами ЭКГ-картографических изменений: 1) появлением на картах разности QRS («посленагрузочная карта» - «исходная карта») локального увеличения амплитуд кардиосигналов, отражавшего очаговое нарушение проведения волны возбуждения по участку ишемизированного миокарда ЛЖ и 2) депрессией сегмента ST в точке J80 более чем на 1 мм от исходного уровня и/или увеличением картографической площади JJ80 более чем на 8,0 мс*мВ;

Выводы: Использование динамического многополюсного поверхностного ЭКГ-картирования, позволяет осуществлять комплексную оценку состояния сердца у больных с ИБС, в том числе визуализировать очаговые изменения миокарда желудочков, оценивать жизнеспособность миокарда, выявлять преходящие нарушения перфузии миокарда ЛЖ.

0211 АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ АМИОДАРОНА И БИСОПРОЛОЛА ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ РЕЦИПРОКНЫХ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНЫХ ТАХИКАРДИЯХ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Глуховский М.Л., Провоторов В.М.
ГОУ ВПО “ВГМА им Н.Н.Бурденко МЗ РФ”, Воронеж, Россия

Цель. Изучение антиаритмической эффективности амиодарона и бисопролола в отношении пароксизмальных реципрок-

ных атриовентрикулярных тахикардий (ПРАВТ) при длительном наблюдении пациентов, страдающих метаболическим синдромом.

Методы исследования. В проспективное контролируемое исследование включали людей старше 15 лет, страдавших метаболическим синдромом (МС), у которых в ходе чреспищеводного электрофизиологического исследования (ЭФИ) удавалось воспроизвести ПРАВТ узлового и/или ортодромного типа длительностью не менее 30 секунд. МС диагностировали согласно критериям NCEP ATP III 2001. Исключали пациентов, страдавших ИБС (по рекомендациям ВНОК 2004) и/или сахарным диабетом любого типа (ADA 2003). ЭФИ выполняли с помощью универсального стимулятора "Кордэлектро" (Каунас, Литва) по стандартному протоколу программированной электрокардиостимуляции (ЭКС). Исследования осуществлялись на чистом фоне, затем на фоне перорального приема бисопролола ("Конкор" фирмы "Merck", Германия, прием по 10 мг/сут в течение 7 дней), затем на фоне использования амиодарона ("Амиокордин" фирмы "KRKA", Словения, прием per os 600 мг/сут 7 дней, затем 400 мг/сут 7 дней, затем 200 мг/сут 7 дней). Препарат считался эффективным, если при его применении ПРАВТ не воспроизводилась, либо становилась неустойчивой. Повторная серия тестов осуществлялась спустя 12 месяцев для оценки динамики антиаритмической эффективности.

Полученные результаты. Включено 82 человек с устойчивой ПРАВТ на фоне МС, у 61 (74,4%) узлового, у 21 (25,6%) ортодромного типа. Из них 27 (32,9%) были чувствительны к обоим препаратам, 15 (18,3%) – только к амиодарону, 18 (21,9%) – только к бисопрололу, 22 (26,8%) – резистентны к терапии. Суммарная эффективность амиодарона и бисопролола составила 51,2% и 54,9% соответственно (p=0,38). По окончании исследования эффективность обоих средств наблюдалась у 16 человек (19,5%, отличие от первоначального значения при p=0,04), только амиодарона у 6 (7,3%, p=0,03), только бисопролола у 29 (35,4%, p=0,04), резистентность у 31 (37,8%, p=0,09). Суммарная чувствительность к амиодарону и бисопрололу в конце наблюдения отмечена у 22 (26,8%, p=0,001) и 45 (54,9%, p=0,56) человек со значимым межгрупповым различием при p = 0,0002.

Выводы. У пациентов с ПРАВТ на фоне МС при наблюдении в течение 12 месяцев отмечается падение чувствительности к амиодарону и сохранение чувствительности к бисопрололу. Очевидно, последний препарат имеет преимущество при антиаритмической терапии ПРАВТ у лиц, страдающих МС.

0212 ПОЭТАПНАЯ РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОСТЕОПОРОЗЕ ЛИЦАМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ (ССС) В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ.

Гоголева Т.В., Маличенко С.Б., Халидова К.К., Нелюбин В.Н.
Кафедра клинической и социальной гериатрии ФПК МР РУДН, Москва, Россия

На сегодняшний день определены общие механизмы патологии костной и ССС у пожилых людей. В этой связи разработка комплексных реабилитационных мероприятий для данной проблемной группы является одним из приоритетных направлений современной восстановительной медицины, которое позволит улучшить прогноз и качество жизни пожилых людей.

Материалы и методы: Обследовано 1200 пациентов в возрасте старше 60 лет (66±5 лет) с первичным ОП (TL1-L4= - 3,2±0,6 SD, T Neck= - 2,2±0,52 SD), сопутствующей патологией ССС (АГ, ИБС – у 100%, ЦВБ – у 90%, аритмии – у 50%). Все пациенты были распределены в 3 группы в зависимости от степени (ст.) ограничения в передвижении. 1 группу составили 680 пациентов с I ст. ограничения в передвижении, характеризующуюся способностью к самостоятельному передвижению при более длительной затрате времени и/или сокращении расстояния, которые были вызваны умеренным болевым синдромом, мышечной слабостью, АГ I-II ст., ИБС II ФК. Пациенты 2 группы (346 чел.) имели II ст. ограничения - самостоятельное передвижение с использованием вспомогательных средств, что было обусловлено выраженной болью, мышечной слабостью, АГ II ст., ИБС II ФК. 3 группа (174 чел.) - с III ст. ограничения - неспособность к самостоятельному передвижению и полная зависимость от других лиц. III ст. ограничения развивалась вследствие множественных переломов тел позвонков и/или нижних конечностей, прежде всего шейки бедра, АГ III ст., ИБС III ФК. Для каждой группы были разработаны критерии оценки реабилитационного потенциала и прогноза, эффективности реабилитационных мероприятий, которые включали 5 этапов: 1-й этап – мотивационный, цель - повышение приверженности терапии посредством группового многоуровневого обучения пациентов в школах–семинарах по специально разработанным программам. 2-й этап - сохранение прочности костной ткани, цель - снижение риска переломов. Направлен на улучшение процессов костного ремоделирования за счет увеличения двигательной активности и статической нагрузки на кость (кинезотерапия (КТ), эрготерапия (ЭТ), вибротерапия (ВТ), гравитационная терапия (ГТ), ортезирование, технические средства реабилитации (ТСР)), а также на улучшение костного метаболизма (УФО). Общими для пациентов трех групп были подходы к использованию УФО, ортезов. Остальные методы были модифицированы либо полностью исключались в зависимости от патологии ССС. 3-й этап - воздействие на болевой синдром, цель - повышение мобильности и двигательной активности пациентов, коррекция психоэмоциональных нарушений. Направлен на уменьшение компрессионного, миофасциального и рефлекторного мышечно-тонического синдромов, формирующих болевой синдром при ОП. Для коррекции компрессионного синдрома использовались соблюдение ортопедического режима, КТ, детензортерапия, (ДТ) физиотерапия (ФТ). Для воздействия на рефлекторный мышечно-тонический и миофасциальный синдромы дополнительно назначались массаж, рефлексотерапия. (РТ). Общими были подходы к ДТ, РТ, точечному массажу. Интенсивность др. методов корригировалась в разных группах. 4-й этап - воздействие на факторы риска падений и переломов костей. Направлен на коррекцию патологии ССС, приводящей к повышению риска падений. Использовались КТ (в т.ч. аппаратная, стабилографические игры, вестибулярная гимнастика), ФТ, массаж, РТ, ортезирование, ТСР, психотерапия.). 5-й этап - расширение двигательной активности. Целью этого этапа у пациентов с I ст. ограничения было полное восстановление данной способности, со II ст. – добиться возможности передвижения без помощи других лиц, с III ст. – вернуть способность к передвижению при использовании средств дополнительной опоры и/или помощи других лиц. КТ, массаж, РТ, соблюдение правильных двигательных стереотипов способствовали улучшению способности к передвижению, качеству жизни пациентов с костной и сердечно-сосудистой патологией.

Выводы: эффективность комплексных реабилитационных мероприятий достоверно различалась и зависела от реабилитационного потенциала пациентов в каждой группе.

0213 ЗНАЧЕНИЕ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ОЦЕНКЕ ИСХОДА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

Голикова А.А., Сергиенко И.В., Ларина М.В., Сидоренко Б.А.
ФГУ «УНМЦ» УД Президента РФ, Москва, Россия

Цель: изучить особенности клинических проявлений и параметров сократительной функции миокарда у больных острым инфарктом миокарда (ИМ) с благоприятным и летальным исходом заболевания с сопутствующим сахарным диабетом (СД) типа 2.

Материалы и методы: Обследованы 88 больных (50 мужчин и 38 женщин) с острым ИМ и СД типа 2. Больные были разделены на две группы в зависимости от исхода ИМ. 1-я группа включала 61 выжившего больного (средний возраст 75,1±7,5 лет), 2-я – 27 больных с летальным исходом ИМ (76,2±7,2 года). Сократительную функцию миокарда изучали методом эхокардиографии.

Результаты: Постинфарктный кардиосклероз отмечался достоверно чаще во 2-й группе – 70,4% случаев, в 1 группе у 44,3% больных, хронический обструктивный бронхит составил 16,4% и 3,4% случаев, соответственно. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий чаще наблюдалась у больных 1-ой группы (16,4% и 3,7%, p=0,004), постоянная форма мерцательной аритмии отмечена в 2 раза чаще у больных 2-й группы. Хроническая сердечная недостаточность выявлялась в 1,5 раза чаще у больных 2-й группы. По наличию артериальной гипертонии и стенокардии напряжения между больными обеих групп не отмечено достоверных различий.

При изучении структуры осложнений острого ИМ установлено у больных 2-й группы более частое развитие острой сердечной недостаточности в 2 раза (p=0,0009), сложных нарушений ритма сердца и проводимости в 3 раза, фибрилляции желудочков (14,8% и 1,6% соответственно, p=0,001), рецидивирующего течения ИМ (26% и 11,5%, p=0,01). Пневмония у больных 2-й группы развивались в 2 раза чаще, чем в группе выживших больных.

По данным ЭхоКГ величина фракции выброса ЛЖ в 1-й группе составила 45,6±8,8% и была выше показателей 2-й группы (38,5±7,5%, p=0,003). Конечный диастолический размер ЛЖ во 2-й группе составил 5,3±0,5 (см) и имел тенденцию к повышению по сравнению с 1-й группой – 5,09±0,4 (см). Толщина стенок ЛЖ и размер корня аорты у больных обеих групп существенных различий не имели. Отмечено увеличение размера ЛП у больных обеих групп с тенденцией к его большему увеличению у больных 2-й группы. Не выявлено достоверных различий в нарушении сократимости миокарда по типу гипокинезии у больных обеих групп. Акинезия более, чем в двух сегментах встречалась одинаково часто как у больных 1-й, так и 2-й группы (31,3% и 31,6%, соответственно). Дискинезия более чем в двух сегментах у больных 2-й группы отмечалась чаще, чем у больных 1-й группы. Наличие компенсаторного гиперкинеза в зоне интактного миокарда выявлено у 15,8% больных 1-й группы и у 9,8% больных 2-й группы. Митральная регургитация более второй степени регистрировалась в 1,4 раза чаще, а трикуспидальная регургитация в 1,6 раза чаще у больных 2-й группы.

Выводы: Неблагоприятными прогностическими факторами летального исхода острого ИМ у больных СД типа 2 являются наличие постинфарктного кардиосклероза, постоянной формы мерцательной аритмии, хронической сердечной недостаточности, хронического обструктивного бронхита. В структуре летальных исходов на первом месте стоит развитие острой сердечной недостаточности. Прогностически неблагоприятными факторами летального исхода острого ИМ у больных СД типа 2 являются выраженные нарушения локальной и глобальной сократительной функции ЛЖ.

0214 ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПРОНИЦАЕМОСТИ СТЕНОК КАПИЛЛЯРОВ И ПОСТКАПИЛЛЯРОВ НА СИСТЕМНОЕ КРОВООБРАЩЕНИЕ, РАБОТУ СЕРДЦА И СОСУДОВ

Голованов И.И.
Физиологическое общество им. И.П.Павлова, Москва, Россия

Цель: Изучение влияния проницаемости стенок капилляров и посткапилляров на системное кровообращение, работу сердца и сосудов

Методы: Системное кровообращение включает сердце, все сосуды и капилляры, помещённые в интерстициальную жидкость и работающие в замкнутой цепи в режиме on lIne - аналитический метод исследования.

Результаты: При движении крови по капиллярам, согласно законам гидромеханики, замкнутая непроницаемая система сосудов превращается в проницаемую в капиллярах систему, что делит её на две части - всасывающую (венозную) и напорную (артериальную) системы сосудов. Раздел систем происходит в изофигмической точке (ИТ). Давление, создаваемое в артериальной части сосудов желудочками, полностью гасится в перфорированных стенках капилляров (площадь таковых - около 6 000 кв.м) до условного нуля, в качестве которого принято давление в интерстициальной жидкости (ИЖ). Величина давления в ИЖ соответствует давлению в ИТ и составляет около 25 мм рт.ст. Тогда так называемые потери давления по длине капилляров с 32 до 12 мм рт.ст. на самом деле складываются из полного погашения остаточного давления в артериальной сети (32-25=7) - до ИТ и после ИТ (от условного <нуля> до 12) - давление в конце посткапилляра.

Насосы сердца работают циклично, по типу поршневого насоса. Но функции насоса (корпуса, поршня, привода и движителя) выполняют движения миокарда с переключающимися клапанами, и перемещениями атриовентрикулярной перегородки. Предсердия и желудочки - самостоятельные, но взаимно связанные насосы, поскольку предсердия не только создают разрежение около 25 мм рт.ст., но одновременно являются, хоть и небольшим, нагнетающим элементом для второй ступени - желудочков. Сердце может рассматриваться как насос только тогда, когда оно работает. 4 насоса сердца сгруппированы в два двухступенчатых насоса (правое и левое сердце). Каждый из них имеет всасывающую (венозную)и напорную (артериальную) систему сосудов.

Таким образом, у человека и животных кровь движется от желудочков до предсердий, но к периферии, к капиллярам - она движется под действием давления, создаваемого желудочками, а в посткапиллярах и венах, как и в лимфатических сосудах, - движение крови и лимфы к сердцу осуществляется под действием присасывающего эффекта предсердий, которые могут самостоятельно обеспечить венозный возврат только в сосудах, расположенных выше предсердий включая коронарные).

Выводы: Существующие представления о системном кровообращении несовершенны. Они не учитывают влияния проницаемости стенок капилляров на системное кровообращение, работу сердца и сосудов. Вследствие этого современная медицина не может разработать эффективные методы диагностики, профилактики и лечения большинства

0215 ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СИТУАЦИОННЫХ ОБМОРОКОВ У БОЛЬНЫХ С НЕЙРОМЕДИАТОРНЫМИ ОБМОРОКАМИ

Головина Г.А., Гаврилова Е.А., Сысуенкова Е.В., Дупляков Д. В.
Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара, Россия; МСЧ ОАО «АВТОВАЗ», Тольятти, Россия

Ситуационные обмороки (СО) являются одним из видов нейромедиаторных обмороков. Согласно данным литературы, они встречаются довольно редко и, как правило, у мужчин, характеризуются сложностью патогенетических механизмов и до настоящего времени плохо изучены.

Цель. Определить клинические характеристики, распространённость, результаты тилт-теста (ТТ) с мониторированием ЭЭГ у пациентов с СО.

Материал и методы. В исследование были включены 122 пациента (55 мужчин и 67 женщин, в возрасте 11-59 лет, ср. возраст 32.2 года), последовательно направленных для прохождения ТТ в период с января 2006 по февраль 2008г. ТТ проводился натощак, в утренние часы по итальянскому протоколу с непрерывным мониторированием ЭКГ, ЭЭГ, АД.

Результаты. Анамнестически жалобы на СО предъявляли 7 из 122 (5,7%) пациентов с нейромедиаторными обмороками. В их структуре преобладали обмороки во время мочеиспускания (ОМ). Они имели место у 6 пациентов (5 мужчин в возрасте от 15 до 57 лет и одной женщины 57 лет), при этом у одного пациента обмороки возникали как во время мочеиспускания, так и дефекации.

Обмороки возникали во время, либо непосредственно после мочеиспускания в ночные или ранние утренние часы, протекали без предвестников, сопровождались внезапным падением с получением различных травм. Два пациента сообщили о развитии абдоминальных болей во время мочеиспускания, спровоцировавшего обморок. У одного пациента во время потери сознания отмечались непроизвольные судорожные движения.

Еще у одного мужчины 58 лет обмороки развивались во время приступов интенсивного, длительного кашля (беттолепсия), возникавшего в вертикальном положении, при этом, как правило, предвестники отсутствовали, и падение происходило внезапно. Во всех семи случаях восстановление сознания было полным и быстрым.

Изолированные СО отмечались только у двух пациентов: в случае кашлевых обмороков, а также у одного пациента 57 лет с ОМ. У 5 пациентов наряду с ОМ отмечались редкие вазовагальные обмороки, провоцировавшиеся длительным пребыванием в вертикальном положении (4 пациента), внутривенными инъекциями (2 пациента), сильными отрицательными эмоциями (1 пациент). Рецидивы СО имели место у пациента с кашлевыми обмороками (3-4 раза в год) и у двух пациентов с ОМ.

Эпилептиформная активность в ходе ТТ была обнаружена у 3 пациентов с ОМ, из них по одному случаю - отрицательный результат ТТ, смешанный тип и вазодепрессорный тип. У остальных 3 пациентов с ОМ отклонений на ЭЭГ не зарегистрировано, из них отрицательный результат ТТ отмечен у одного пациента, а смешанный тип – у 2 пациентов. У пациента с кашлевыми обмороками результат ТТ был отрицательным с отсутствием отклонений на ЭЭГ.

Выводы. Ситуационные обмороки встречались у 7 (5,7%) из 122 пациентов с нейромедиаторными синкопами, причем только в двух случаях они носили изолированный характер. Положительный результат ТТ был получен у 4 пациентов, при этом у 3 пациентов была одновременно выявлена эпилептиформная активность.

0216 ПЕЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОРОТКОГО ПРОТОКОЛА ТИЛТ-ТЕСТА С ПРИМЕНЕНИЕМ НИТРОГЛИЦЕРИНА В ДИАГНОСТИКЕ НЕЙРОМЕДИАТОРНЫХ ОБМОРОКОВ

Головина Г. А., Гаврилова Е.А., Сысуенкова Е.В., Дупляков Д. В.
Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара, Россия; МСЧ ОАО «АВТОВАЗ», Тольятти, Россия

Вестминтерский и итальянский протоколы тилт-теста (ТТ), наиболее часто используемые в диагностике нейромедиаторных обмороков. Считается, первый протокол обладает большей специфичностью, а второй – большей чувствительностью, однако оба требуют достаточно много времени для своего проведения.

Цель: В ходе пилотного исследования изучить диагностическую ценность короткого протокола ТТ, проведённого с применением нитроглицерина без фазы пассивного ортостаза.

Материал и методы. В исследование были включены 10 пациентов (2 мужчин и 8 женщины, в возрасте 19-57 лет, средний возраст 37.5 лет) с рецидивирующими обмороками и отрицательным результатом первоначального ТТ, проведённого по Вестминстерскому протоколу. Пациентам последовательно, с интервалом 30±7 дней, проводились исследования по итальянскому и короткому протоколам. Угол наклона стола в обоих протоколах составлял 700. В итальянском протоколе длительность пассивной фазы составляла 25 минут, после чего, если обморок не развился, пациенту сублингвально давалось 400 мкг нитроглицерина и исследование продолжалось ещё 20 минут или до развития обморока. В коротком протоколе ТТ, пациенту в горизонтальном положении сублингвально давалось 400 мкг нитроглицерина, после чего поворотный стол переводили в вертикальное положение, длительность исследования составляла 15 минут или до развития обморока. В ходе ТТ проводилось мониторирование ЭКГ, АД измерялось ежеминутно.

Результаты. Однотипная реакция в ходе ТТ была получена у 9 из 10 обследованных пациентов (90%). В пяти случаях обморок не удалось индуцировать ни по итальянскому, ни по короткому протоколам ТТ. Смешанный тип ответа (артериальная гипотонии и относительная брадикардия) по итальянскому и коротому протоколам отмечены у трех пациентов. Еще у двух пациентов при обследовании по итальянскому протоколу развился вазодепрессорный (артериальная гипотония без существенной динамики ЧСС) тип ответа, а при обследовании по короткому протоколу – у одного пациента также возник вазодепрессорный ответ, а у другого был получен отрицательный результат. Среднее время от момента введения нитроглицерина до момента развития вазовагальной реакции при обследовании по итальянскому протоколу составило ±3,02 минуты, по короткому варианту ±4,02 минуты (p=н.д.).

Выводы. В рамках пилотного исследования получена высокая (90%) частота совпадения результатов ТТ, проведенных по традиционному итальянскому и короткому протоколам. Необходимо дальнейшее продолжение исследования с целью подтверждения первоначально полученных результатов.

0217 ПАРНЫЙ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЙ СТРЕСС-ТЕСТ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Гончарова М.Г., Мазырина М.В., Антюфьев В.Ф.
ОБВЛ «Озеро Чусовское», Екатеринбург, Россия

Для долечивания, специализированной медицинской реабилитации (МР) больные ИБС, перенесшие операцию аорто-коронарного шунтирования (АКШ) и острый инфаркт миокарда (ИМ), переводились непосредственно из кардиохирургической клиники и отделения неотложной кардиологии в больницу восстановительного лечения.

Цель: определить возможности использования стресс-эхокардиографии (стресс-ЭхоКГ) с «тредмил-тестом» для оценки эффективности МР (долечивания) больных после операции АКШ и острого инфаркта сердца.

Материалы и методы: парная стресс-эхокардиография проведена у 42 мужчин (возраст 51,4±9,2 г) с ИБС, перенесших острый инфаркт миокарда (ИМ) -18 больных и операцию аорто-коронарного шунтирования (АКШ) - 24, поступивших для МР на 14-24 день после ИМ и АКШ. Стресс-ЭхоКГ проводили до МР и после курса МР: Эхо-КГ на Aloka 1700, 2,5/3,5 МГц, в исходном состоянии и сразу после прекращения физической нагрузки в течение первых 60-120 с, «тредмил-тест» по Ramp на «Quest», ExercIse Stress System. Группе из 11 больных после ИМ проведен стресс-тест и через 6 месяцев.

Анализ локальной сократимости по 16-ти сегментам, сократимость каждого в баллах от 1 до 4-х. Рассчитывали индекс нарушений локальной сократимости (ИНЛС) – отношение суммы баллов к количеству оцениваемых сегментов. В норме ИНЛС равен 1,0 и увеличивается при нарушении локальной сократимости левого желудочка. Проба считалась положительной при появлении новых нарушений сократимости миокарда или углублении уже имеющихся, не менее чем в двух сегментах.

Результаты исследования: до МР положительные пробы документировали у 18 больных: 11 после ИМ, 7 после АКШ. После МР (повторное исследование) положительная проба была документирована только у 4 пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда и у 1 больного после операции АКШ. Кроме этого, у 11 больных после МР отмечалось исходное уменьшение ИНЛС и у 3-х уменьшение ИНЛС после нагрузки. У пациентов с положительной пробой наблюдалось улучшение сегментарной сократимости в виде уменьшения ИНЛС и увеличения фракции выброса левого желудочка.

После МР у больных с отрицательной пробой, (при сохранении ИНЛС=1) отмечался рост ФВЛЖ (исходная ФВ=59,1±7, после нагрузки 62,7±12,9; при повторном исследовании исходная ФВЛЖ=62,4±8,3, после нагрузки 69,5±10,1). После МР на 1,7 МЕТ возросла толерантность к нагрузке.

При проведении стресс-теста через 6 месяцев у всех пациентов отмечался рост ФВЛЖ в исходном состоянии и после нагрузки, 64,3±9,2 и 72,2±11,8, соответственно, стресс-тест у всех пациентов – отрицательный.

Заключение: использование для оценки эффективности медицинской реабилитации больных после операции АКШ и ИМ стресс-ЭхоКГ с «тредмил-тестом» дает важную дифференцированную информацию об изменениях структуры и функции левого желудочка одновременно с оценкой толерантности к нагрузке.

0218 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ НЕБИЛЕТОМ И ПРЕСТАРИУМОМ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ: ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА, В ОСТРЫЙ И ПОДОСТРЫЙ ПЕРИОД, И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ ДОЛЕЧИВАНИЯ

Гончаров А.Н., Павлов С.П.,
ОГУЗ санаторий «КРАСИВО», Борисовский район, Белгородская область, Россия

Цель исследования: оценить эффективность комбинированной терапии Небилетом и Престариумом на вариабельности сердечного ритма у больных с сочетанной патологией, инфаркт миокарда, острая и подострая стадии, гипертонической болезни, II–III степени, на санаторном этапе долечивания.

Материалы и методы. Обследовано 39 больных (средний возраст 47,63±9,8г) с ИБС II-I ФК по NYHA. Длительность ИБС составила от 1 года до 14 лет. Диагноз верифицирован данными суточного мониторирования ЭКГ и АД, электрокардиографии (ЭКГ), эхокардиографии. ВСР изучалась на стандартной записи суточного мониторирования ЭКГ, где анализировалось вариабельность ритма за сутки и короткий интервал, в состоянии покоя с помощью системы «Кардиотехника – 04» (Инкарт, С. Петербург). Пациенты получали Небилет и Престариум в средней дозе 3,75±1,25 мг/сут и 6,0±2,0 мг/сут, соответственно.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования было отмечено, что средняя продолжительность R-R интервалов возросла по группе в целом на 8,9% ($p<0,045$), составив 928,7±113,1 мс. Показатель SDNN, RMSSD и pNN50 увеличились соответственно на 23,8%, 55,4% и 63,9% ($p<0,045$), при этом их абсолютные значения составили 45,8±22,1 мс, 27,0±17,1 мс и 4,1±4,9%. При проведении спектрального анализа было установлено, что показатель LF увеличился на 13,1% ($p=0,44$), показатель HF возрос на 130,9% ($p=0,012$), а показатель LF/HF высоко достоверно ($p<0,001$) снизился на 49,8%, составив 1,6±1,4 усл. ед.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о положительном влиянии на снижение риска внезапной смерти, данной комбинации двух препаратов Небилета и Престариума, у больных с ИБС II-I ФК после перенесенного инфаркта миокарда и гипертонической болезни II–III степени.

0219 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕБИЛЕТА И БЕТАЛОК ЗОК В ПРОФИЛАКТИКЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ СЕРДЦА В РАННЕМ ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Гончаров А.Н., Павлов С.П.
ОГУЗ санаторий «КРАСИВО», Борисовский район, Белгородская область, Россия

Цель: выявить сравнительную эффективность Небилета и Беталок ЗОК, в профилактике электрической нестабильности сердца в раннем постинфарктном периоде на фоне гипертонической болезни, на санаторном этапе реабилитации больных.

Материалы и методы. Обследовано 39 больных (средний возраст 45,73±9,8г) с ИБС III-II ФК по NYHA. Длительность ИБС составила от 1 года до 11 лет. Диагноз верифицирован данными суточного мониторирования ЭКГ и АД, электрокардиографии (ЭКГ), эхокардиографии. Электрическая нестабильность сердца изучалась на стандартной записи суточного мониторирования ЭКГ и АД, где анализировалось количество экстрасистол за сутки, число эпизодов смещения сегмента ST и их среднюю продолжительность. Горизонтальное или косонисходящее смещение сегмента ST амплитудой более 1 мм. от исходного уровня и продолжительностью более 0,1 сек. расценивался как эпизод снижения сегмента ST. Суточное мониторирование проводилось с помощью системы «Кардиотехника – 04» (Инкарт, С. Петербург). Больные были рандомизированы методом случайной выборки на две группы: 1-я группа состояла из 18 пациентов, которая получала стандартную терапию: кардиомагнил, Вазилип и Небилет в дозе от 2,5 мг до 10 мг в сутки, доза титровалась до достижения ЧСС 55–65 в минуту; 2-я группа состояла из 21 пациента, которые так же получали стандартную терапию: кардиомагнил, Вазилип и Беталок ЗОК в дозе от 25 мг до 100 мг доза титровалась до достижения ЧСС 55–65 в минуту. Лечение испытуемой комбинацией препаратов в двух группах проводились в течение 24-х дней сразу после выписки из стационара и перевода больных на санаторный этап реабилитации. Суточное мониторирование проводилось в первые сутки при поступлении и на 24 сутки.

Результаты исследования: Наджелудочковые экстрасистолы встречались у всех пациентов в двух группах: дневные у 57%, ночные – у 43%. Желудочковая экстрасистолия исходно в первой группе встречалась у 77%, в другой у 82%. После курса лечения они наблюдались также в двух группах у 59% и 61% соответственно. У 31% первой и у 35% второй групп наблюдения при суточном мониторировании ЭКГ исходно до лечения зарегистрирована депрессия сегмента ST, у 40,5% и 39% соответственно – инверсия зубца Т. Через 24 дня после лечения эпизоды депрессии сегмента ST имели место у 16,7% первой группы и 19,3% второй группы наблюдения. Среди всех эпизодов депрессии сегмента ST – безболевые составили 82%; дневные – 66,2%, ночные – 33,8%..

Выводы: У всех больных, перенесших острый инфаркт миокарда и проходивших курс лечения и реабилитации в санатории, получавших Небилет в первой группе и Беталок ЗОК во второй группе, на фоне стандартной терапии ИБС, отмечено, что оба препарата одинаково эффективно уменьшают частоту регистрации желудочковой экстрасистолии, количество наджелудочковых экстрасистол в группах и число эпизодов депрессии сегмента ST, что способствует профилактике электрической нестабильности сердца.

0220 СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗА И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НЕБИЛЕТОМ И ЗОКАРДИСОМ У ЛИЦ ОПЕРАТОРСКИХ ПРОФЕССИЙ

Гончарова Н.Ю., Батищева Г.А., Чернов Ю.Н
Воронежская государственная медицинская академия им Н.Н.Бурденко, кафедра клинической фармакологии с курсом ФПК и ППС, Воронеж, Россия

Применение лекарственных средств без отрыва от работы у лиц, непосредственно связанных с движением поездов, представляет существенный риск для безопасности движения поездов. Значимость вопроса приема медикаментов у лиц операторских профессий связана с возможностью их влияния на профессионально важные психофизиологические функции. Актуальное значение имеет оценка показателей вегетативной регуляции и скорости зрительно-моторной реакции на фоне приема современных гипотензивных препаратов

Цель: оценить влияние комбинированной гипотензивной терапии бета-адреноблокатором небивололом (небилет) и ингибитором АПФ зофеноприлом (зокардис) на состояние вегетативной регуляции и зрительно-моторные реакции у лиц операторских профессий

Методы исследования: группу исследования составили 26 диспетчеров Юго-Восточной железной дороги, страдавшие гипертонической болезнью I-II ст., средний возраст – 39,7±9,6 лет, в контрольную группу вошли здоровых лиц (n=21), средний возраст – 33,5±7,4 лет. Все пациенты в течение месяца получали небилет 2,5-5 мг/сут и зокардис 15-30 мг/сут. Исходно, через 4 и 8 недель терапии проводился контроль показателей АД, оценка вариабельности сердечного ритма (ВСР), чувствительности бета-адренорецепторов (В-арм), определение профессионально-значимых психофизиологических функциий на компьютерном комплексе «Селект» (скорости простой и слож-

ной двигательной реакции (ПДР и СДР), реакции на движущийся объект (РДО)).

Результаты: до начала терапии у пациентов было отмечено повышение симпато-адреналовой активности, о чем свидетельствовало уменьшение суммарной мощности спектра Тр на 46,6%, увеличение индекса централизации ИС на 94%, изменение адренореактивности с учетом показателя В-арм, который составил у больных 44,5±2,2 ед. в отличие от здоровых лиц - 18,3±4,2 ед ($p<0,01$). Через 8 недель гипотензивной терапии установлено снижение САД на 12%, ДАД на 8%, уменьшение симпатикотонии, что выражалось снижением индекса централизации ИС на 51,7%, увеличением мощности спектра ТР на 20%. Одновременно отмечалось изменением показателя В-арм на 38,4%, что свидетельствовало об увеличении чувствительности рецепторного аппарата. Показатели психофизиологических функций - время выполнения теста ПДР, СДР, РДО на фоне лечения оставались на исходном уровне, что указывает на отсутствие негативного влияния препаратов на скорость зрительно-моторной реакции.

Выводы: проводимая терапия, наряду гипотензивным эффектом, способствует уменьшению вегетативного дисбаланса, обладая благоприятным профилем безопасности для лиц операторских профессий.

0221 ДЛИТЕЛЬНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ С КСАНТОМАТОЗОМ

Горбанев Е.А.
ГОУ ВПО, Медицинская академия, Астрахань, Россия

Цель – ознакомить практических кардиологов с редким нарушением липидного обмена – семейной гиперхолестеринемией (СГХС), относящейся к первичным липидозам (синдром Харбитца-Мюллера, 1939).

Методом исследования было клиническое наблюдение за больным К., 1975г рождения и его семьей из 4-х человек в течение 1987-2008гг.

Результаты. «Желтые бляшки» на коже у мальчика появились и прогрессировали с 2-х лет. Диагноз оставался неясен до 11 лет (начало наблюдения), когда впервые определен высокий уровень в крови ОХС (от 700- до 850 мг/дл), ХС ЛВП <1 ммоль/л, ТГ не повышены. Суставы и ахилловы сухожилия были деформированы бугорчатыми ксантомами. Ксантоматоз кожи подтвержден биопсией. Выявлен семейный характер ГХС 2а типа: у матери ОХС – 330 мг/дл, у отца – 270 мг/дл, у 7-летнего брата – 240 мг/дл. У 4-х ближайших родственников по материнской линии и матери пробанда К. имеются ксантелазмы.

Наблюдение, обследование и лечение больного К. проводилось в Институте клинической кардиологии на протяжении 10 лет (с 1988г). Проведено 90 сеансов эфферентной терапии, в том числе сорбции ЛНП, статинотерапия (ловастатин, мевакор, зокор). Ксантоматоз кожи частично регрессировал, ОХС снижался до 230 мг/дл. Диагноз: «СГХС 2а тип, множественный Ксантоматоз, атеросклероз грудной, брюшной аорты, створок аортального клапана (гемодинамически незначимый)».

С 1999г пациент К. перестал проводить лечение. В возрасте 29 лет (2004г) после употребления алкоголя развился геморрагический панкреатит - панкреонекроз с летальным исходом. Алкоголь в крови не превышал 1 промилли. На секции коронарные артерии не изменены, гипертрофия левого желудочка.

Сын умершего больного К. 2001г рождения обследован в возрасте 3-х лет в связи с субфебрилитетом и увеличением лимфатических узлов. В 2008г появилась полиартралгия, ОХС 372-316 мг/дл.

Диагноз туберкулеза снят, диагностирована ГХС 2а тип. Ксантоматоза кожи нет. Назначен липримар. Ребенок направлен в НИИ педиатрии.

Заключение. СГХС у пациента К. характеризовалась как гомозиготная форма, у 4-х членов его семьи – как гетерозиготная. Клинические данные за ИБС отсутствовали у всех в течение 21 года наблюдения. Для ранней диагностики и лечения СГХС необходимо тесное сотрудничество детских и взрослых кардиологов.

0222 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И УРОВНЯ КОРТИЗОЛА КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Горбат Т.В., Нечесова Т.А., Ливенцева М.М.
РНПЦ «Кардиология», Минск, Беларусь

Цель: изучить показатели суточного мониторирования артериального давления (СМАД) и уровень кортизола крови у лиц со стресс-индуцированной гипертензией и нормальными цифрами артериального давления.

Методы исследования: в исследовании приняли участие 50 человек (30 мужчин и 20 женщин). Всем пациентам было проведено суточное мониторирование АД (СМАД) с помощью монитора BR-102 SHILLER Швейцария в рабочий день и выходной дни с определением среднедневных, средненочные, среднесуточные значения систолического и диастолического артериального давления, степени ночного снижения, показатели вариабельности САД и ДАД, индекс времени. Утренний уровень кортизола сыворотки определяли иммуноферментным методом на анализаторе « Humareader». Основную группу (n=25) составили пациенты, у которых при среднесуточных значениях АД≥135/85 мм рт.ст различия между среднесуточными показателями САД и/или ДАД, полученными в рабочий и выходной дни, были соответственно 6 и /или 3 и более мм рт.ст. Пациенты со среднесуточным АД≤130/80 мм рт.ст в рабочий день составили контрольную группу (n=25). Средний возраст лиц основной группы (10 женщин и 15 мужчин со стажем работы 12,5±2года) 40,9±2,12 года. Средний возраст контрольной группы (10 женщин и 15 мужчин со стажем работы - 11,5±1,9 лет) 38,9±2,2 года. Статистическая обработка данных проводилась в программе BIOSTAT: использовались критерии Стьюдента, метод корреляционной зависимости Пирсона.

Результаты: лица основной и контрольной групп достоверно не отличались по возрасту, стажу работы, а также по основным кардиоваскулярным факторам риска. Прирост АД в рабочий день по сравнению с выходным днем в основной группе составил 9,4/6,6 мм рт.ст. Анализ суточного профиля выявил его достоверные отличия у пациентов основной группы по среднесуточным значениям АД (132,7±1,60/84,7±1,06 мм рт.ст. и 119,7±1,71/72,9±1,20 мм рт.ст. соответственно), вариабельности САД и ДАД в течение ночи (17,9±1,50/13,1±1,60 и 11,1±0,84/9,4±1,15 соответственно), а также по индексу времени в течение всего периода мониторирования. В основной группе лица с неблагоприятным суточным профилем (степень ночного снижения САД «non-dIpper») встречались в 2,5 раза чаще, чем в контрольной группе. Установлено, что пациенты со стресс-индуцированной АГ имели достоверно более высокие значения кортизола по сравнению с контрольной группой (866.±46.019 нмоль/л и 617,8±49,26 нмоль/л соответственно, $p=0,003$). При проведении корреляционного анализа выявлена статистически достоверная ($p=0,036$) отрицательная связь средней силы ($r=-0,42$) между значениями уровня кортизола и возраста пациентов основной группы.

Выводы: Пациенты со стресс-индуцированной гипертензией в большей степени имеют неблагоприятный вариант суточного профиля АД. Повышенный уровень кортизола у этих пациентов может быть расценен как независимый предиктор формирования стресс-индуцированной гипертензии.

0223 ОБОСНОВАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ ЦИТАМИНОВ И ЭНЗИМОТЕРАПИИ В УОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПОСТИНФАРКТНОГО ГАСТРАКАРДИАЛЬНОГО СИНДРОМА НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Горбунов А.Э., Непомнящих В.А.
Кардиологический санаторий «Переделкино», Москва, Россия

Важным патогенетическим звеном профилактики прогрессирования постинфарктного кардиосклероза и развития повторного инфаркта является антикоагуляционная терапия, которая имеет свои осложнения (желудочно-кишечные кровотечения, обострение язвенной болезни). Поэтому для профилактики осложнений антикоагуляционной терапии обоснованным является совместное применение цитамина «НайГеронт» («ВитОрган», Германия) и энзима «Протеаза» («ТЕК», США) в комплексе восстановительного лечения инфаркта миокарда у больных на этапе реабилитации.

Целью исследования явилось клинико-биохимическое изучение эффективности НайГеронта и Протеазы в комплексной терапии больных с постинфарктным гастрокардиальным синдромом.

Под наблюдением находилось 25 пациентов в возрасте от 35 лет до 60 лет, поступившие в санаторий на 24 сутки после перенесенного инфаркта миокарда. Средние сроки заболевания язвенной болезнью составили 2,5±0,6 лет. Из этого числа 12 пациентов составили группу контроля с общепринятой базовой терапии. Исследуемую группу составили 13 пациентов, которым дополнительно назначали НайГеронт и Протеаза в рекомендуемых дозах. Длительность наблюдения составила 12 месяцев после выписки из санатория. Всем пациентам проводилось обследование и лечение согласно стандартам медицинской помощи в г. Москве.

Все пациенты предъявляли жалобы на боли в эпигастральной области после приема пищи, нарушения опорожнения кишечника. Исходные данные пациентов все групп показали повышение вязкости и уровня холестерина, наличие синдромов воспаления и эндогенной интоксикации в периферической крови.

Через 3-4 дня после проведения лечения все пациенты исследуемой группы отмечали субъективное улучшение или нормализацию функции желудочно-кишечного тракта, особенно появление ежедневного стула.

Влияние цитамина и энзима обусловило нормализацию функции миокарда по данным исследования центральной гемодинамики, повышение порога физической активности, снижение протромбинового индекса, что указывало на развитие стойкого антикоагуляционного эффекта. Заметных изменений со стороны показателей красной кроветворной системы не было, что свидетельствует об отсутствии угнетения функции костного мозга и разрушения тромбоцитов. В контрольной группе больных указанных эффектов не выявлено. В течение года у всех пациентов исследуемой группы сохранялось антикоагуляционное действие, что подтверждалось удлинением времени свертываемости крови и снижением протромбинового индекса. Ни в одном случае не было выявлено развитие приступов стенокардии или ухудшения насосной функции сердца. Обострений язвенной болезни или кровотечений не отмечалось. Значения холестерина постепенно уменьшались на фоне стабильности ферментной активности печени.

Таким образом, НайГеронт и Протеаза обеспечивает антитромботический эффект, предотвращает обострение язвенной болезни и инфаркта миокарда. При этом регистрируется улучшение течения постинфарктного периода, снижения частоты приступов стенокардии и риска повторного инфаркта миокарда.

0224 ВЛИЯНИЕ ПЕПТИДНЫХ РЕГУЛЯТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Горбунов А.Э., Непомнящих В.А.
Кардиологический санаторий «Переделкино», Москва, Россия

Реабилитация больных после аортокоронарного шунтирования является актуальной задачей кардиологии. В последние два десятилетия в состав комплексной терапии больных ИБС включают пептидные регуляторы (цитамины) и катализаторы, которые активизируют микроциркуляцию и метаболизм миокарда.

Нами впервые в отечественной практике выбраны цитамины немецкой фирмы «ВитОрган», оказывающие выраженное регенерирующее влияние на сердечную мышцу. Синергетическое влияние оказывает также изученные катализаторы цикла Кребса: Коэнзим Композитум и Убихинон Композитум.

Целью клинико-биохимического исследования явилось изучение сочетанного влияния цитаминов и катализаторов в комплексной восстановительной терапии пациентов после аорто-коронарного шунтирования.

В санатории лечилось 67 больных, поступивших на 7 -10 сутки после аортокоронарного шунтирования в возрасте от 25 до 70 лет (средний возраст 57,6±6,5 лет). В исследовании участвовало две группы больных, получавших лечения согласно стандартам медицинской помощи. 37 пациентам исследуемой группы дополнительно назначали цитамины НайГеронт, НайКоренар, ФегаКорен, Ревиторган №42 и Коэнзим Композитум и Убихинон Композитум. В дальнейшем комплекс цитаминов и катализаторов повторялся через каждые 6 месяцев на протяжении трех лет. Группу контроля составили 30 больных.

Клинико-биохимическое обследование всех больных в динамике, включало электрокардиограмму, эхокардиографию, велоэргометрию; общий и биохимический анализы крови, определение уровня интерлейкинов и антиоксидантной активности крови. У всех больных при поступлении отмечены нарушения систолической и диастолической функции, гипертрофию левых отделов сердца. Биохимический статус характеризовался признаками синдрома эндогенной интоксикации и воспаления.

Результаты проведенного исследования показали эффективность разработанного нами комплекса восстановительной терапии по сравнению с традиционным лечением:

- нормализация функции миокарда по данным показателей центральной гемодинамики,
- повышение порога физической активности по данным велоэргометрии в более ранние сроки реабилитации,
- улучшение или нормализация оксигенации миокарда, стойкое устранение коронароспазма и улучшение микроциркуляции, коррелирующее со снижением признаков снижения воспалительного процесса в сосудистой стенке и показателей эндогенной интоксикации.

Выводы: комплексная терапия с применением цитаминов и катализаторов позволяет уменьшить сроки реабилитации, повысить эффективность восстановительного лечения, снизить риск возникновения или предотвратить раннее развитие тромбоза шунтов, что позволяет улучшить качество и продолжительность жизни пациентов.

0225 ОЦЕНКА ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПАРОКСИЗМАХ НАДЖЕЛУДОЧКОВЫХ ТАХИКАРДИЙ ПО ДАННЫМ ИМПУЛЬСНО-ВОЛНОВОЙ ДОППЛЕРЭХОКАРДИОГРАФИИ

Горелова М.И., Криночкин Д.В., Рычков А.Ю., Харац В.Е., Доний Е.А.
Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Пароксизмы наджелудочковых тахикардий обусловлены механизмом повторного входа волны возбуждения и сходны по электрокардиографической картине, тем не менее отличаются по электрофизиологическим свойствам, в первую очередь локализации петли re-entry и соотношению предсердной и желудочковой активности.

Цель. Оценить особенности внутрисердечной гемодинамики при пароксизмах атриовентрикулярной узловой реципрокной тахикардии (АВУРТ) и ортодромной тахикардии (ОТ) на фоне синдрома WPW по данным импульсно-волновой допплерэхокардиографии (ДЭхоКГ).

Методы. С помощью стандартной ЭхоКГ, включая импульсно-волновую ДЭхоКГ трансклапанных потоков и импульсно-волновую тканевую ДЭхоКГ базальных сегментов левого желудочка (ЛЖ) был обследован 81 пациент, из них: 37 пациентов с ОТ на фоне синдрома WPW (17 мужчин и 20 женщин, средний возраст 37,8±3,57 года) и 44 пациента с АВУРТ (12 мужчин и 32 женщины, средний возраст 41,6±1,54 года), Во время индуцированного пароксизма тахикардии оценивали следующие показатели: максимальные скорости кровотока на клапанах аорты (V-Ао), легочной артерии (V-Ла), сливного диастолического потока

на митральном (пик М-МК) и трикуспидальном (пик М-ТК) клапанах, систолическую скорость движения миокарда ЛЖ (s), скорость сливного диастолического потока (m) и длительность пика m (dur-m).

Результаты. У пациентов с синдромом WPW во время пароксизма тахиаритмии регистрировались более высокие скорости трансклапанных потоков, чем у пациентов с АВУРТ: пик М-МК (1,13±0,08 м/сек и 0,89±0,03 м/сек, p=0,009), V-Ao (1,17±0,07 м/сек и 1,01±0,03 м/сек, p=0,001), пик М-ТК (0,83±0,04 м/сек и 0,69±0,02 м/сек, p=0,003), V-Ла (0,90±0,06 м/сек и 0,76±0,03 м/сек, p=0,037). Также скоростные систолические и диастолические показатели тканевой допплерографии на фоне пароксизма ОТ были выше-s (11,7±0,37 см/с и 9,3±0,22 см/с, p<0,001), m (18,6±1,19 см/с и 14,2±0,52 см/с, p<0,001), длительность пика «m» больше (175,8±4,26 мсек и 157,1±2,75 мсек, p<0,001), чем при АВУРТ.

Достоверных изменений ЧСС, размеров полостей сердца, фракции выброса ЛЖ между группами не было выявлено.

Вывод. Во время пароксизмов АВУРТ и ОТ определяется различие в характеристиках трансклапанных потоков и скоростных показателях миокарда, вероятно обусловленные различием электрофизиологических механизмов формирования аритмий.

0226 ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, СТРАДАЮЩИХ ИБС, С УСТАНОВЛЕННОЙ ГРУППОЙ ИНВАЛИДНОСТИ

Горлицкий О.С., Кром И.Л., Ребров А.П., Сидорова Л.Н.
МУЗ «Городская больница №2», Саратов, Россия; Государственный технический университет, Саратов, Россия; Государственный медицинский университет, Саратов, Россия

Целью исследования являлось изучение влияния ИБС на качество жизни военнослужащих, степень снижения которого в определенной мере связана с представлением больного о тяжести заболевания и его социальных и соматических последствиях

В исследование были включены военнослужащие мужского пола трудоспособного возраста, которым установлена II и III группа инвалидности, даны трудовые рекомендации. Выборочная совокупность составила более 115 единиц. Все инвалиды страдали ИБС, занимающей в Саратовской области первое ранговое место в структуре инвалидности трудоспособного населения вследствие болезней системы кровообращения. Сердечная недостаточность является одним из основных соматических предикторов инвалидизации при ИБС. Для исследования качества жизни был использован Миннесотский опросник, разработанный в 1987г. T. Rector и J. Cohn для больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

С помощью проведенного регрессионного анализа была установлена статистическая функциональная зависимость (P≤0,05) числового показателя качества жизни и его составляющих больных ИБС от возраста, уровня образования и группы инвалидности. Для установления вида зависимостей качества жизни от клинических характеристик был проведен регрессионный анализ. Снижение показателя качества жизни и его составляющих у больных ИБС при наличии каждой из клинических характеристик: инфаркта миокарда, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма, ХСН II ст. является статистически существенным (P≤0,01). При анализе составляющей качества жизни, характеризующей физическое состояние больного (как и общий показатель качества жизни), была отмечена наибольшая её зависимость от выраженности СН. Менее заметное влияние на психологическое состояние больных оказывают тяжесть ИБС, наличие артериальной гипертензии и осложнения основного заболевания. Полученные данные подтвердили мнение о том, что в социально-психологической дезадаптации больных ИБС с установленной группой инвалидности ведущую роль играют личностные и социальные характеристики больного. Качество жизни предполагает и оценку самим больным ограничений своей жизнедеятельности. Выявлена существенная зависимость качества жизни от способности больного к самообслуживанию и трудовой деятельности (P ≤ 0,05), что позволяет объективизировать процесс установление группы инвалидности. Была доказана чёткая прогностическая значимость показателя качества жизни. Определение качества жизни военнослужащих, страдающих ИБС, с установленной группой инвалидности, несомненно, является одним из объективных критериев эффективности социализации данной категории больных.

0227 АДЪЮВАНТНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Горохова С.Г.
ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Проблема ХСН остается очень трудной для разрешения разработанными на сегодня методами. Несмотря на клиническую эффективность различных классов лекарственных средств: ингибиторов АПФ, антагонистов рецепторов АТ рецепторов, бета-блокаторов, диуретиков и антагонистов альдостерона и пр., - у большинства больных с ХСН на определенном этапе лечения возникает ускользание эффекта и ухудшение состояния, трудно поддающееся коррекции. Комплексный подход к проблеме сегодня во многом ориентирован на использование клеточной терапии и кардиохирургических методов (ресинхронизация сердца и др.). Одновременно с этим ставится вопрос о возможностях адъювантной лекарственной терапии ХСН.

Адъювантными обычно называют вспомогательные средства, позволяющие улучшить результаты основных методов лечения. В некоторых областях медицины (например, в онкологии) активное внедрение в практику методов адъювантной терапии существенно улучшило течение и исходы заболеваний, выразившееся в замедлении прогрессирования болезни и снижении показателей частоты госпитализаций и смертности.

При ХСН к адъювантным препаратам следует отнести цитопротекторы (например, триметазидин), статины, ряд метаболических средств, коэнзим Q10. Многие из них применяются в клинической практике несколько десятилетий, и в отношении них накоплена обширная база экспериментальных и клинических исследований, в том числе соответствующих требованиям доказательной медицины. Так, специальными работами показано, что у данной категории больных выявляется высокий оксидативный стресс и дефицит в миокарде и плазме крови ряда субстанций, что обосновывает применение, например, коэнзима Q10.

Результаты, полученные при обобщении материалов по данной проблеме, заставляют обратить внимание на высокую частоту использования пациентами указанных лекарственных средств, в том числе без назначений врача, исходя из их эмпирического опыта применения. Подобная приверженность к терапии целым рядом адъювантных средств ставит под сомнение распространенное мнение о их малом значении в лечении ХСН. В связи с этим необходимо формирование научно-обоснованного подхода к определению их места при лечении ХСН, основанного в том числе на данных фармакоэкономического анализа о целесообразности их широкого назначения в различных группах больных.

0228 АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА b2-АДРЕНОРЕЦЕПТОРА С ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЕТАКСОЛОЛА У БОЛЬНЫХ СМЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

*Горшкова Е.С., Затейщикова А.А.**, Манхаева Б.Б., Минушкина Л.О., Бровкин А.Н.*, Носиков В.В.*, Затейщиков Д.А.*
ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ, Москва, Россия; ГНЦ РФ «ГосНИИ генетика»*, Москва, Россия; Городская клиническая больница №51**, Москва, Россия

Целью исследования была оценка эффективности бетаксолола для контроля частоты сердечных сокращений у больных с мерцательной аритмией в зависимости от генотипов генов, кодирующих бета-адренорецепторы и ферменты системы цитохрома P450.

Больные и методы. Обследовано 45 больных с постоянной формой мерцательной аритмии, из них 22 - мужчины и 23-

женщины, средний возраст - 68,18±1,6 года. Артериальная гипертония (АГ) выявлена у 93,3% больных: АГ III степени – у 63,0%, II степени - у 26,2% и I степени – у 4,8% . Ишемическая болезнь сердца - у 44,4% больных, сахарный диабет II типа у 13,3%, сердечная недостаточность – у 46,6%. Бетаксолол назначался в дозе 10 мг в сутки однократно на период не менее 5 дней. Эффективность бетаксолола оценивалась с помощью холтеровского мониторирования ЭКГ с оценкой вариабельности сердечного ритма проводилось с помощью системы CardIoclIp24 (Венгрия). Определение аллелей и генотипов полиморфных маркеров Ser49Glu гена ADRB1, ADRB2 T(-47)C гена ADRB2, Trp64Arg гена ADRB3, Ile462Val гена CYP1A1, A(-163)C гена CYP1A2 и Pro34Ser гена CYP2D6 проводилось с помощью ПЦР.

Результаты. Ассоциации генотипов полиморфных маркеров Ser49Glu гена ADRB1, Trp64Arg гена ADRB3, Ile462Val гена CYP1A1, A(-163)C гена CYP1A2 и Pro34Ser гена CYP2D6 с эффективностью бетаксолола у больных с мерцательной аритмией выявлено не было.

Распределение частот генотипов полиморфного маркера T(-47)C гена ADRB2 в обследованной группе оказалось следующим: CC – 9 больных (23,1%), CT – 26 больных (66,7%), TT – 4 больных (10,2%). У больных, носителей генотипа CC уменьшение ЧСС на фоне терапии бетаксололом было достоверно менее значимым, чем у носителей генотипов CT и TT (-6,8±3,71 уд/мин и -24,8±3, 78 уд/мин соотв., p=0,038). У этой же группы больных чаще приходилось увеличивать дозу бетаксолола после окончания исследования для достижения целевой ЧСС (p=0,03). У больных, гомозиготных по аллелю T отмечалось достоверно более значимое уменьшение максимальных значений ЧСС за сутки (-44,5±3,79 уд/мин и -30,9±3,33 уд/мин, p=0,025), отмечалась тенденция к более выраженному уменьшению среднедневных и средненочных значений ЧСС по сравнению с носителями генотипов CT и CC. У носителей генотипа TT на фоне терапии бетаксололом выявлено достоверно более значимое возрастание SDNN (82,3±36,04 мс и 8,2±5,22 мс, p=0,017), уменьшение количества интервалов RR (p=0,046) и увеличение длительности интервалов NN(p=0,027).

Таким образом, генотип TT полиморфного маркера T(-47)C гена ADRB2 ассоциирован с более существенным уменьшением ЧСС на фоне терапии бетаксололом у больных с мерцательной аритмией и более существенным увеличением вариабельности сердечного ритма, а больные носители генотипа CC наименее чувствительны к терапии бета-адреноблокатором бетаксололом.

0229 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БЕТАКСОЛОЛА ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ ПРИ ХОЛТЕРОВСКОМ МОНИТОРИРОВАНИИ ЭКГ

Горшкова Е.С., Затейщикова А.А., Минушкина Л.О., Манхаева Б.Б., Затейщиков Д.А.*
ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ, Москва, Россия; Городская клиническая больница №51*, Москва, Россия

Цель исследования: оценка эффективности бетаксолола в качестве средства для контроля частоты сердечных сокращений у больных с мерцательной аритмией

Больные и методы: Обследовано 45 больных с мерцательной аритмией, из них 22- мужчины и 23- женщины, средний возраст - 68,18 ±1,6 года. Артериальная гипертония (АГ) выявлена у 93,3% больных: АГ III степени – у 63,0%, II степени - у 26,2% и I степени – у 4,8%. ИБС имели 44,4% больных, сахарный диабет II типа - 13,3%, сердечную недостаточность – 46,6%. Бетаксолол назначался в дозе 10 мг в сутки на период не менее 5 дней. Исследование начинали не ранее чем через 36 часов после последнего приема β-адреноблокаторов, что во всех случаях превышало пять периодов их полувыведения. Холтеровское мониторирование ЭКГ с оценкой вариабельности сердечного ритма проводилось с помощью системы CardIoclIp24 (Венгрия) до начала лечения бетаксололом (по истечении пяти периодов полувыведения) и не менее чем через пять дней после начала приема препарата. Продолжительность холтеровской записи ЭКГ составляла 24 часа у всех пациентов.

Результаты: На фоне приема бетаксолола ЧСС ЭКГ уменьшилась в среднем на 20±3,15 ударов в минуту (p<0,0001). ЧСС (по данным мониторирования) высоко достоверно уменьшилась: максимальная - на 31,9±3,05 ударов в минуту (p<0,0001), минимальная - на 7,15±2,07 (p<0,001), средняя – от 103,4±2,87 уд/мин до 87,6±2,02 уд мин (p<0,0001), средняя дневная от 108,02±3,27 уд/мин до 91,5±2,41 уд/мин (p<0,0001), средняя ночная от 91,9±3,95 до 82,9±2,40 уд/мин, (p<0,003) средняя утренняя ЧСС от 105,9±3,57 уд/мин до 90,1±2,48 уд мин (p<0,0001). Достоверно уменьшилось количество эпизодов желудочковой тахикардии (p<0,009), эпизодов депрессии сегмента ST (p<0,013), а так же абсолютное количество желудочковых экстрасистол (p<0,010). Выявленное увеличение количество пауз и желудочковых куплетов на фоне приема бетаксолола, не достигало статистической достоверности (p<0,59 и p <0,783 соответственно). Уменьшилось количество интервалов NN (p<0,0001), интервалов RR (p <0,0001), среднее количество интервалов RR (p <0,0001) и NN50 (p<0,022) , в то время как достоверно возросло среднее количество интервалов NN(p <0,0001) и pNN50 (p <0,0001), SDNN (p=<0,014), SDSD (p<0,0001), SDNNI (p=0,0001), TINN (p<0,038). Уменьшение SDANN (p<0,040), SDRR (p< 0,01), rMSSD (p<0,000) так же оказалось высоко достоверно. Увеличение значения HRVtI недостоверно (p<0,118).

Заключение: при применении бетаксолола отмечается достоверное снижение ЧСС, уменьшение количества эпизодов депрессий ST, желудочковых тахикардий, желудочковых экстрасистол. Прием бетаксолола приводит к увеличению вариабельности ритма у больных с мерцательной аритмией.

0230 ВЛИЯНИЕ КВАДРОПРИЛА НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Гостева Е.В., Васильева Л.В.
Государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Развитие дисфункции, снижение фракции выброса левого желудочка (ЛЖ) является одним из неблагоприятных прогностических маркеров у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Ингибиторы АПФ признаны одними из основных средств лечения больных с левожелудочковой дисфункцией, способных благоприятно влиять на процессы ремоделирования (ЛЖ).

Цель работы заключалась в изучении влияния ингибитора АПФ спираприла (Квадроприла, «PLIVA») на параметры ремоделирования левого желудочка у больных ХСН.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 40 пациентов, из них мужчин – 28 (70%) , женщин – 12 (30%) в возрасте от 40 до 69 лет (средний возраст 54±8 лет), с ХСН II ФК по классификации NYHA. Причинами развития ХСН были ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия. Больные находились в стабильном состоянии на фиксированных дозах бетаблокаторов, мочегонных препаратов. Если пациент ранее принимал ИАПФ, то он отменялся на 5 периодов полувыведения перед назначением квадроприла. Квадроприл назначался в дозе 6 мг в сутки. Длительность исследования составляла 16 недель. Всем больным проведено клиническое обследование, эхокардиография (VIVID-3, GE).

Результаты исследования. Основными механизмами развития и прогрессирования ХСН являются - повышение активности РААС, снижение сократительной способности миокарда, нарушение центральной и периферической гемодинамики. ИАПФ способны нивелировать данные изменения. За период наблюдения отмечено уменьшение функционального класса ХСН. Из II

в I ФК ХСН перешли 30 (75%) больных, что согласуется с большинством ранее опубликованных исследований по влиянию ИАПФ на ФК больных ХСН.

Применение ИАПФ оказывает благоприятное влияние на ремоделирование миокарда и его сократительную способность. В нашем исследовании через 16 недель было выявлено статистически значимое уменьшение объемов ЛЖ. Отмечалось сокращение КДО ЛЖ в среднем с 280 до 257 мл ($p<0,05$) при одновременном уменьшении КСО ЛЖ со 192 до 169 мл ($p<0,05$). Кроме того, отмечалось статистически значимое увеличение фракции выброса ЛЖ с 38% (в среднем) до 41% ($p<0,05$) , абсолютный прирост при этом составил 3%.

Выводы. При применении квадроприла статистически значимо уменьшались размеры полостей сердца при умеренном увеличении сократительной способности сердца, что можно рассматривать как блокирование процессов патологического ремоделирования левого желудочка.

0231 ОСОБЕННОСТИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гратий К. Ф., Гросу А. А., Кузор Т. С., Ченуша О. В.
Институт Кардиологии, Кишинев, Молдова

Цель исследования: Определение клинических особенностей мерцательной аритмии у пациентов с гиперфункцией щитовидной железы в зависимости от сопутствующей сердечно-сосудистой патологии.

Материалы и методы: С 2005 по 2007 год в исследование было включено 82 больных с пароксизмальной и персистирующей мерцательной аритмией, госпитализированных в Институте Кардиологии г.Кишинева. Всем пациентам проводилось следующее обследование: электрокардиография, эхокардиография, определение уровней тиреотропного гормона (ТТГ), свободных тироксина (Т4) и трийодтиронина (Т3). В зависимости от результата анализов гормонов щитовидной железы были сформированы 2 группы: I группа – пациенты с гипертиреозом, II группа – с эутиреозом. Клинический и субклинический гипертиреоз был выявлен у 22 (26,8%) пациентов и эутиреоз – у 60 (73,2%) больных соответственно. Клиническим считался гипертиреоз при уровне ТТГ ниже нормы и повышенном уровне свободных Т4 и/или Т3. Субклиническим считался гипертиреоз при уровне ТТГ ниже нормы и нормальном уровне свободных Т4 и Т3. Учитывалась присутствие артериальной гипертензии (АГ), перенесенного инфаркта миокарда (ИМ), частота сердечных сокращений (ЧСС) при фибрилляции предсердий, ишемические изменения на ЭКГ, функциональный класс сердечной недостаточности (СН). В исследование не были включены больные, имеющие тяжелую сопутствующую патологию, принимающие амиодарон и пациенты с гипофункцией щитовидной железы.

Результаты: Исследование выявило проявление мерцательной аритмии чаще у женщин – 17 (77,3%) в группе с гипертиреозом, и у мужчин – 31 (51,7%) в группе с эутиреозом. Средний возраст составлял 51,8±4,5 лет в I группе и 58,6±4,7 лет во второй. При электрокардиографическом обследование, ЧСС во время фибрилляции предсердий была в среднем 111,4±5,3 ударов в минуту, ишемические изменения были выявлены в 23,3% случаев в группе с нормальной функцией щитовидной железы, в то время как у пациентов с гипертиреозом ЧСС составила 130,7±5,6 ударов в минуту и не был зарегистрирован ни один случай ишемии. Сопутствующая сердечно-сосудистая патология сопровождала 12 (54,5%) больных из I группы и 49 (81,7%) из второй. Присутствие АГ было выявлено в 80% случаев, перенесенный ИМ в 5% - во второй группе, соответственно 54% АГ и ни одного случая ИМ в первой. Клинические проявления и симптомы СН функциональных классов III и IV (NYHA) определились у 31,8% пациентов с гипертиреозом и у 21,7 с эутиреозом.

Выводы: Среди пациентов с пароксизмальной и персистирующей мерцательной аритмией гиперфункция щитовидной железы была выявлена в 26,8% случаях. Больные с фибрилляцией предсердий и гипертиреозом были значительно моложе и у них реже присутствовала сопутствующая сердечно-сосудистая патология. Несмотря на эти особенности, переносимость аритмии и субъективные клинические проявления у пациентов с гиперфункцией щитовидной железы были выявлены в более тяжелой форме и ассоциировались чаще с выраженной сердечной недостаточностью на фоне высокой частоты сердечных сокращений, что требует активного выявления гипертиреоза у этой категории больных.

0232 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ КАРДИОМИОЦИТОВ С ДРУГИМИ ЛАБОРАТОРНЫМИ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ БОЛЬНЫХ МИОКАРДИТАМИ

Гребенщикова И.А., Чернявская М.О.
Кафедра пропедевтики внутренних болезней, ГОУ ВПО ЧелГМА, Челябинск, Россия

Цель исследования: изучить соотношение уровня маркеров повреждения кардиомиоцитов и структурно-функциональных особенностей миокарда у больных миокардитами.

Материалы и методы. В исследование включены 22 пациента (9 мужчин и 13 женщин) в возрасте от 20 до 65 лет. Средний возраст обследуемых составил 37,0±11,6 лет. Диагноз верифицирован томосцинтиграфией миокарда с мечеными технеций-99-гексаметилпропиленаминоксимом аутолейкоцитами. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием критерия Манна-Уитни и Стьюдента. Для анализа качественных признаков использован непараметрический критерий $\chi 2$.

Результаты. Из 22 обследованных пациентов преимущественное поражение миокарда выявлено у 12, миоперикардит – у 9 больных; панкардит диагностирован у 1 пациента. На связь дебюта или обострения заболевания с перенесенной острой респираторной инфекцией указывали 12 больных (54,5%), с психоэмоциональным напряжением – 6 пациентов (27,3%). Очаги хронической инфекции выявлены у 19 человек (86,4%).

Повышение уровня МВ-фракции креатинфосфокиназы (МВ-КФК) и тропонина в течение первой недели заболевания (или обострения хронического процесса) выявлено у 8 больных (36,4%) миокардитом (группа 1). Пациенты с нормальным уровнем маркеров повреждения кардиомиоцитов – 14 человек (63,6%) составили группу 2. У больных 1 группы выше был уровень С-реактивного белка (7,4±9,3; 3,2±2,7); сиаловых кислот (2,3±1,9; 1,1±1,2); фибриногена (6,7±0,9; 2,4±1,3; $p<0,05$); скорости оседания эритроцитов (18,3±8,3; 9,8±7,7; $p<0,05$).

Большую часть пациентов с повышенным уровнем кардиоселективных ферментов и белков составили больные с острым кардитом – 6 человек (75%). Соответственно, у этой группы достоверно чаще встречался лихорадочный синдром (75%; 21,4%) и респираторно-катаральный синдром (62,5%; 14,3%). Несмотря на отсутствие достоверных различий по среднему возрасту (1 группа 39,4±14,1; 2 группа 36,0±9,1 лет) и половому составу (женщины в 1 группе 62,5%; во 2 – 57,1%) синдром стенокардии достоверно чаще встречался у пациентов 1 группы (37,5%; 0%). Среднесуточная частота сердечных сокращений по данным Холтеровского мониторирования электрокардиограммы (ЭКГ) была достоверно выше у пациентов с подтвержденным лабораторно повреждением кардиомиоцитов (89±12,2; 67±10,3). У них же чаще встречалась динамика конечной части желудочкового комплекса (83,3%; 21,4%). На ЭКГ покоя у больных 1 группы достоверно чаще отмечали инверсию Т. Среднее значение фракции выброса у больных с повышением МВ-КФК и тропонина было достоверно ниже (38,6±9,6; 57,7±17,8). Выпот в перикард (75%; 28,6%) и диастолическая дисфункция (75%; 14,3%) встречались достоверно чаще ($p<0,05$).

Таким образом, в исследованной группе повышение уровня кардиоселективных ферментов и белков ассоциировалось с острым течением заболевания, большей выраженностью систолической и диастолической дисфункции и признаками коронарной недостаточности.

0233 РОЛЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В МЕХАНИЗМЕ РАЗВИТИЯ РЕСТЕНОЗА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Григорова С.Ю., Афанасьев Ю.И., Кузубова А.В., Шинкоренко Н.Н.
Белгородский Государственный Университет, Белгород, Россия

Рестеноз после коронарной ангиопластики представляет собой комбинацию тромбоза, клеточной пролиферации и ремоделирования сосудистой стенки в зоне манипуляции, возникающих в ответ на сосудистые повреждения и выброс цитокинов. С этих позиций представляет интерес оценить роль исходной активности воспалительного процесса в атеросклеротической бляшке, как триггерного механизма в формировании рестеноза, в процессе проведения планового стентирования коронарных сосудов.

Исследовано 97 больных ишемической болезнью сердца (ИБС). Концентрацию интерлейкина 6 (ИЛ 6) и α-фактора некроза опухолей определяли иммуноферментным методом, уровень С-реактивного белка (С-РБ) иммунотурбидиметрическим способом. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета прикладных программ MIcrIsoft Exel 2003, StatIstIca (v. 6.0), SPSS for WIndows (v. 13.0) и компьютерной программы RxS (RowsxColumIns). В зависимости от формы распределения признаков для оценки значимости различий применяли критерии: t Стьюдента, Манна-Уитни и, в связанных группах, критерий Вилкоксона.

Исследования показали, что у всех больных ИБС регистрируется исходно повышенный уровень С-РБ, что подтверждает мнение исследователей о наличии воспалительного компонента в клинике атеросклеротического процесса. В ходе динамического наблюдения установлен достоверный рост уровня С-РБ и регистрируется повышение концентрации ИЛ-6 через 7-10 дней после планового стентирования коронарных сосудов. Дальнейший анализ выявил четкую связь интенсивности воспалительного процесса с числом пораженных коронарных сосудов. Не выявлена диагностическая значимость уровня противовоспалительных цитокинов при оценки типа стеноза. Не нашло своего отражения и корреляция противовоспалительных цитокинов с наличием или отсутствием коллатералей к дилятированным сосудам.

Установлено, что через 7-10 дней после установки металлического стента концентрации ИЛ-6 значительно превосходила показатели, зарегистрированные у лиц с имплантацией стента с лекарственным покрытием.

Из 13 больных с сохраняющимся через 2 недели после стентирования высоким уровнем С-РБ и ИЛ-6 у 11 (84,6%) развился рестеноз, причем у 6 (55%) из них обнаружены стенозы различной степени в интактных до вмешательства сосудах.

Полученные результаты подчеркивают важность воспалительного компонента в генезе развития рестеноза после планового стентирования коронарных сосудов.

0234 ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В ИНИЦИАЦИИ МЕХАНИЗМОВ ФОРМИРОВАНИЯ РЕСТЕНОЗА ПОСЛЕ ПЛАНОВОГО СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ

Григорова С.Ю., Афанасьев Ю.И., Кузубова А.В., Мезенцева А.Л.
Белгородский Государственный Университет, Белгород, Россия

Литературные данные показывают правомерность существования гипотезы о важной роли генетической детерминации в активации воспалительного процесса, как пускового механизма в развитии рестеноза после стентирования коронарных сосудов.

Исследовано 97 больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и 100 здоровых донора.

Идентификация генетических полиморфных систем Hp, Tf, CG и C`3 осуществлялась методом вертикального электрофореза в 7,5% полиакриламидном геле на электрофоретической ячейке PROTEAN II xI 2-D фирмы BIO-RAD. Концентрацию интерлейкина 6 (ИЛ6) и α-фактора некроза опухолей (α-ФНО) определяли иммуноферментным, а уровень С-реактивного белка (С-РБ) иммунотурбидиметрическим методами. В генетических исследованиях для определения статистически значимых ассоциаций между двумя признаками использовали критерий χ^2

Как показали проведенные исследования у больных ИБС наблюдается накопление фенотипа SS локуса C`3 (χ^2 = 19,3; p<0,0001; RR=4,1; p<0,0001). В то же время встречаемость фенотипа FS, рассматриваемого локуса в группе больных ИБС была более чем в 2 раза ниже в сравнении с показателями альтернативной группы здоровых лиц (χ^2 = 15,4; p<0,0001).

При анализе фенотипических частот изучаемых локусов у больных с развившимся через 4-6 месяцев после стентирования рестенозом выявлены закономерности, обнаруженные, в целом, для общей группы больных ИБС.

Дальнейшие исследования показали, у больных ИБС с повышенной частотой встречаемости фенотипа SS локуса C`3 в сравнении с оппозитной выборкой больных ИБС исходно регистрируется повышенный уровень С-РБ (p<0,05).

В подгруппе SS-позитивных больных содержание С-РБ после стентирования оказалось в 3 раза выше показателей SS-негативных лиц.

При развившимся через 4-6 месяцев после стентирования рестенозом коронарных сосудов в группе больных ИБС, носителей SS фенотипа локуса C`3, регистрируется трех кратное увеличение концентрации С-РБ и ИЛ-6. В то же время у FS-позитивных больных уровень С-РБ оказался в 2-3 раза ниже исходных и индуцированных стентированием показателей воспалительного маркера в сравнении с оппозитной группой лиц.

Полученные результаты свидетельствуют в пользу существования генетической детерминации отдельных механизмов воспалительного процесса на уровне активации цитокинов и, опосредованного ими, С-РБ, как триггерного фона в инициации рестенозов после успешного внутрикоронарного вмешательства.

0235 ВЛИЯНИЕ ХАРТИЛА НА ТЕЧЕНИЕ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Григорьева Н.Ю., Кузнецов А.Н., Шарабрин Е.Г., Медынцева Ю.В.
ГОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород, Россия

Целью настоящего исследования явилась оценка влияния ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) рамиприла (хартила, «EgIs», Венгрия) на течение легочной гипертензии у больных стабильной стенокардией напряжения (СС) II – III ФК в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материал и методы. Обследовано 34 пациента СС II-III ФК (Канадская ассоциация кардиологов) в сочетании с ХОБЛ легкой и средней степени тяжести (GOLD, 2001), в том числе мужчин – 18, женщин – 6. Средний возраст составил 53,6±8,6 года (от 38 до 63 лет). Сердечная недостаточность не превышала III ФК (NYHA), дыхательная недостаточность была не более II степени (А.Г.Дембо, 1957). Все больные имели гипертоническую болезнь 2 степени.

Пациентам проведено общеклиническое обследование, суточное ЭКГ-мониторирование, эхокардиография, исследование функции внешнего дыхания, а также выполнена стресс-эхокардиография до назначения препарата и через 3 месяца после лечения. Изучались основные эхокардиографические параметры морфо-функционального состояния сердца и магистральных сосудов: фракция выброса левого желудочка (ФВ), систолический и диастолический размеры (КСР и КДР) левого желудочка (ЛЖ), среднее давление в легочный артерии (СрДЛА). Пациенты получали комплексное лечение, включающее антиангинальные (нитраты, антагонисты кальция, бета-блокаторы), антиагрегантные

(аспирин) препараты, статины, а также по показаниям бронхолитики. Всем больным назначен рамиприл в дозе 5 мг в сутки.

Результаты. Исходно в покое КСР ЛЖ составил 3,56±1,55 см, КДР ЛЖ – 5,87±2,66 см; на пике нагрузки КСР ЛЖ был 3,47±1,23 см, КДР ЛЖ – 5,34±1,96 см. После лечения в покое КСР ЛЖ составил 3,35±1,66 см, КДР ЛЖ – 5,77±1,56 см; на пике нагрузки КСР ЛЖ - 3,45±1,59 см, КДР ЛЖ – 5,94±2,16 см. До включения в терапию рамиприла уровень СрДЛА в покое составил 21,04±1,63 мм рт.ст., на пике нагрузки 26,17±1,09 мм рт.ст. Через 3 месяца лечения СрДЛА в покое составило 16,18±0,56 мм рт.ст., на пике нагрузки 23,89±1,45 мм рт.ст. Изменения морфофункциональных показателей сопровождались улучшением клинического состояния пациентов в виде уменьшения степени дыхательной недостаточности.

Выводы. У больных СС в сочетании с ХОБЛ наблюдается тенденция к развитию легочной гипертензии, причиной которой, по всей видимости, является активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и, как следствие этого, вазоконстрикция. Применение ингибиторов АПФ, в частности рамиприла, у больных стабильной стенокардией в сочетании с ХОБЛ способствует снижению давления в легочной артерии и улучшению клинического состояния больных. Наиболее информативным показателем, позволяющим судить об эффективности проводимого лечения ингибиторами АПФ является среднее давление в легочной артерии.

0236 ВЛИЯНИЕ КОНКОРА НА ДИСФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Григорьева Н.Ю., Мазалов К.В., Кузнецов А.Н., Шарабрин Е.Г., Конторщикова К.Н.
ГОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования. Оценка влияния β-адреноблокатора бисопролола (Конкор, «Мерк», Германия) на состояние эндотелия сосудистой стенки у больных стабильной стенокардией напряжения (СС) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материал и методы. Обследовано 15 пациентов СС II функционального класса (ФК) (Канадская ассоциация кардиологов) в сочетании с ХОБЛ легкой и средней степени тяжести (GOLD, 2001) в возрасте от 45 до 66 лет (средний возраст 55,8±6,1 лет). Мужчин было 10, женщин – 5. У всех больных сердечная недостаточность не превышала II ФК (NYHA), дыхательная недостаточность была не более I степени (А.Г. Дембо, 1957).

Больным проведено полное клинико-инструментальное обследование. Акцент был сделан на изучение эндотелиальной функции инструментальными и лабораторными методами. Проведена проба с эндотелийзависимой вазодилатацией (ЭЗВД) по методу D.Celermajer; определена суммарная концентрация нитрат- и нитрит-ионов (NO_2, NO_3) в сыворотке крови колориметрическим методом. Всем пациентам назначен β-адреноблокатор бисопролол в дозе 5 мг в сутки. Проведено сравнение результатов обследования до назначения препарата и через 4 недели лечения.

Результаты. Исходно дилатационная реакция плечевой артерии была значительно снижена у всех больных и составила от 1,2 до 6,1% (в среднем 3,8±1,9%). Уровень NO_2 был от 11,4 до 20,2 мкмоль/л (в среднем 16,1±0,9 мкмоль/л), NO_3 – от 12,8 до 34,6 мкмоль/л (в среднем 26,8±0,3 мкмоль/л).

Через 4 недели лечения ЭЗВД находилась в интервале от 3,5 до 10,8% (в среднем 6,5±2,9%). Уровень NO_2 составил от 12,4 до 23,1 мкмоль/л (в среднем 19,3±0,4 мкмоль/л); NO_3 – от 16,3 до 41,6 мкмоль/л (в среднем 31,75±0,54 мкмоль/л). Необходимо отметить, что при проводимом лечении конкором у больных не было отрицательной динамики показателей функции внешнего дыхания.

Выводы. У пациентов стабильной стенокардией в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких наблюдается значительное ухудшение функции эндотелия, что требует назначение лекарственных препаратов, корригирующих эти нарушения. Проведенное исследование в небольшой группе пациентов показало позитивное влияние β-адреноблокатора бисопролола на функциональное состояние эндотелия сосудистой стенки при отсутствии негативного влияния на показатели функции внешнего дыхания.

0237 МЕМБРАНОПРОТЕКТОРНАЯ ТЕРАПИЯ ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКИХ ЯВЛЕНИЙ В МИОКАРДЕ ПРИ ЭНДОТОКСИНЕМИИ

Григорьева Т.И.
ГОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева», Саранск, Россия

Цель исследования. Изучить влияние препаратов из различных фармакологических групп, обладающих мембранопротекторным эффектом (цитофлавин, мексидол, ксимедон, альфатокоферола ацетат) в коррекции электрометаболических нарушений миокарда при токсическом поражении.

Материалы и методы. В основу работы положены экспериментальные исследования на 48 взрослых собаках. С целью моделирования синдрома эндогенной интоксикации животным воспроизводили острый каловый перитонит. В контрольные сроки (1, 3, 5 суток) животным производили биопсию ткани миокарда, осуществляли забор крови. В биоптатах миокарда и тромбоцитах определяли липидный спектр, интенсивность процессов липопереокисления, активность фосфолипазы А2 и супероксиддисмутазы, изучали функциональную активность тромбоцитов, выраженность эндотоксикоза. В послеоперационном периоде в опытных группах животным в комплексную терапию включали лекарственные средства, обладающие мембранопротекторным эффектом (цитофлавин, мексидол, ксимедон, альфа-токоферола ацетат).

Результаты исследования. Экспериментально установлено, что применение мембранопротекторов обеспечивало коррекцию липидного метаболизма клеточных структур миокарда за счет способности исследованных препаратов уменьшать интенсивность процессов перекисного окисления липидов и активность фосфолипазных систем ткани миокарда, что определило быстрое восстановление электро-физиологической активности сердца. Важную роль в коррекции функционально-метаболического статуса миокарда на фоне применения мембранопротекторов играет снижение агрегационной способности тромбоцитов. Широкий спектр положительных эффектов данного вида терапии способствовал нормализации электрофизиолигической, а следовательно, и функциональной активности сердца в более короткие сроки, снижая риск развития тяжелых кардиальных расстройств, что наблюдалось в ряде случаев на фоне базисной терапии.

Выводы. 1. При эндогенной интоксикации препараты с мембранопротекторной активностью (витамин Е, ксимедон, мексидол и цитофлавин) обладают способностью корригировать электрофизиологические отклонения в деятельности сердечной мышцы. 2. Восстановление функциональной активности сердца при его токсическом поражении сопровождается коррекцией липидного метаболизма клеточных структур органа, что подтверждается восстановлением качественного и количественного состава как нейтральных липидов, так и фосфолипидов, сопряженным с уменьшением интенсивности процессов перекисного окисления липидов и активность фосфолипазы А2 кардиомиоцитов. 3. Фармакологическая активность препаратов направлена и на восстановление детоксикационной способности организма, что способствует уменьшению выраженности эндотоксинемии, и коррекции агрегационного потенциала крови, определяя существенный «вклад» в уменьшение дизметаболических расстройств в миокарде. 4. Электрометаболическая кардиопротекторная активность цитофлавина, мексидола и ксимедона при эндогенной интоксикации прослеживается после первого, витамина Е – третьего введения препарата.

0238 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КОЛЛЕКТИВЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ г.МОСКВЫ

Григорян Ц.А., Карамнова Н.С., Олейникова Н.В., Худяков М.Б., Калинина А.М.
ФГУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, Москва, Россия

В осуществлении социальной задачи сохранения здоровья населения большая роль принадлежит врачу, его профессиональной деятельности. Однако социально-экономические перемены и высокие стрессовые напряжения отражаются как на деятельности, так и на здоровье медицинских работников. Отмечено, что продолжительность жизни врачей отличаются от среднестатистических демографических показателей в худшую сторону (Информационное письмо Федерального центра Госсанэпиднадзора, 2001). Важнейшей причиной такой неблагоприятной тенденции может быть и недостаточное внимание медицинских работников к состоянию своего здоровья.

Цель: оценить распространенность психологических факторов риска ССЗ в коллективе медицинских работников первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы: проведено медико-профилактическое скрининг-обследование медицинских работников трех городских поликлиник СЗАО г.Москвы. Обследование включало: клинический осмотр, измерение АД, подсчет ЧСС за одну минуту; антропометрию, измерение окружности талии и бедер, расчет индекса массы тела и индекса талия/бедро, лабораторное обследование: определение уровня общего холестерина и определение уровня глюкозы крови в капиллярной крови при помощи тест, регистрация ЭКГ-покоя. Для оценки психологического статуса использовался вопросник на определение уровня стресса (экспресс-диагностика), Reeder L.G. и Госпитальная шкала тревоги и депрессии – HADS (ZIgmond A.S., SnaIth P.P., 1983).

Результаты: обследовано 302 человека в возрасте с 19 до 64 лет, средний возраст составил 46,4±1,4 лет. Среди обследованных: 11,6% мужчин, средний возраст 47,2±11,2 года и 88,4% женщин, средний возраст 46,2±11,4 года. Скрининг-обследование прошло 45,0% врачей разных специальностей и 55,0% медицинских сестер, отклик составил 86,9%. Среди респондентов: 65,7% состояли в браке, были разведены – 11,8%, не замужем – 16,8% и 2,7% были вдовцами.

Среди обследованных: низкий уровень стресса имели 14,2% человек, из них 67,4% лица с артериальной гипертонией, средний уровень стресса был диагностирован у 53,0% человек, из них 57,5% лица с АГ; и высокий уровень – у 32,8% респондентов, из них 4,4%1 лица с АГ.

Субклинически выраженный синдром тревоги наблюдался у 46,4% человек, из них 50,0% лица с АГ; и клинически выраженный – у 31,1% респондентов, из них 61,3% лица с АГ.

Субклинически выраженный синдром депрессии был определен у 27,5% обследованных, из них 65,1% лица с АГ; и клинически выраженная депрессия у 10,6% респондентов, из них 78,1% лица с АГ.

По данным исследования отмечена положительная связь АГ и тревожно-депрессивного синдрома в коллективе медицинских работников.

Выводы: выявленная высокая распространенность психологических факторов риска ССЗ определяет приоритеты их коррекции при разработке и осуществлении профилактических вмешательств в коллективе медицинских работников первичного звена здравоохранения.

0239 ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ С ПОЗИЦИИ ПОПУЛЯЦИОННОГО ПОДДЕРЖАНИЯ ЦЕЛЕВОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Гриднев В.И., Посненкова О.М., Киселев А.Р., Струнина А.Н., Шварц В.А., Дурнова Н.Ю.
ФГУ СарНИИК, Саратов, Россия

Цель - оценить на основе данных федерального Регистра артериальной гипертонии (АГ) качество мероприятий, направленных на достижение целевого артериального давления (АД), у пациентов с АГ, наблюдающихся в учреждениях первичного звена; выявить клинико-демографические особенности групп больных, у которых поддерживается и не поддерживается целевой уровень АД.

Методы. Проанализированы данные амбулаторных карт 5558 больных АГ (средний возраст 59,5±11,4 года) из 14 регионов Российской Федерации, посещавших поликлинику в 2007г. Понятие «целевое АД достигнуто и поддерживается» означает, что в амбулаторной карте пациента в течение анализируемого года (2007г) зарегистрировано хотя бы 2 измерения с целевым уровнем АД (≤130/80 мм рт.ст. для больных сахарным диабетом и ≤140/90 мм рт.ст. для всех остальных больных АГ) с интервалом между этими измерениями не менее 1 месяца и не более 6 месяцев, и отсутствуют измерения АД с уровнем > 160/90 мм рт.ст.

Результаты. Достигнутый популяционный уровень систолического АД в квартилях составил в 2007г 144 (134; 152) мм рт.ст., диастолического АД – 87 (81; 93) мм рт.ст. Целевое АД поддерживалось в ходе динамического наблюдения у 1560 пациентов (28%). Хотя бы один препарат назначен 4431 пациенту (80%). Среди лиц, находящихся на монотерапии (1037 больных) целевое АД поддерживалось у 26% пациентов. У пациентов, получающих два (1872 больных АГ) или три и более (1522 больных АГ) гипотензивных препарата поддержание целевого АД составляет 31% и 34% соответственно. Чаще всего назначаются ингибиторы АПФ (83%). Больные АГ в группе поддержания целевого АД отличаются от пациентов группы неоптимального контроля: они чаще курят (27% против 21%; $p<0,01$), чаще страдают гиподинамией (23% против 17%; $p<0,01$), чаще ($p<0,001$) в анамнезе стенокардия (40% против 30%) или инфаркт миокарда (19% против 8%); полнее обследованы: чаще ($p<0,001$) определяется уровень ЛПНП (19% против 5%), ОХС (79% против 63%), триглицеридов (30% против 18%), имеют меньшие значения лабораторных показателей: уровень ЛПНП (108 мг/дл против 141 мг/дл; $p<0,001$) и триглицеридов (144 мг/дл против 157мг/дл; $p<0,01$), принимают большее количество гипотензивных препаратов (2,1 против 1,6; $p<0,001$), чаще посещают поликлинику (среднее число визитов в год 4,1 против 2,9; $p<0,001$).

Выводы. Ведение больных АГ в первичном звене не полностью соответствует положениям рекомендаций по АГ (2004 г.): клиническая цель лечения - поддержание целевого АД, - не достигается у большинства больных АГ. Активная тактика ведения АГ применяется к больным с более тяжелым клиническим статусом, уже имеющим осложнения АГ (поражения органов-мишеней или ассоциированные клинические состояния). В лечении больных АГ недостаточно внимания уделяется борьбе с модифицируемыми факторами риска. Причина неудовлетворительного качества лечения АГ в первичном звене - не оптимальное динамическое наблюдение за больными.

0240 СУЩЕСТВУЕТ ЛИ ЛАБОРАТОРНАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К АСПИРИНУ И КЛОПИДОГРЕЛУ У БОЛЬНЫХ С КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОСЛЕ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ?

Гринштейн Ю.И., Гринштейн И.Ю., Савченко Е.А., Филоненко И.В., Савченко А.А.
Государственная медицинская академия им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Краевая клиническая больница, Сибирский федеральный университет, Красноярск, Россия

Цель: Определить влияние аспирина и клопидогрела на агрегацию и метаболическую активность тромбоцитов у пациентов

с коронарной болезнью сердца (КБС) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) после аорто-коронарного шунтирования (АКШ).

Методы: 77 пациентов мужского пола в возрасте от 45 до 74 лет с КБС и хронической сердечной недостаточностью II-III ФК по NYHA, после аорто-коронарного шунтирования (АКШ) и рандомизации в течение двух недель находились на терапии аспирином в дозе 75-100 мг/сутки или клопидогрелом в дозе 75 мг/сутки. В исследование включались пациенты только с исходно повышенной агрегацией тромбоцитов на аденозиндифосфат (АДФ). После отмывочного периода 29 из них получали ацетилсалициловую кислоту в энтеральной оболочке по 100мг/сутки, 23- ацетилсалициловую кислоту 75мг в сочетании с магнием гидроксидом 15,2мг по 1табл/сутки и 25-клопидогрел (зилт, KRKA) по 75 мг/сутки. До АКШ, а также спустя две недели после АКШ определяли показатели сосудисто-тромбоцитарного гемостаза с оптической аггрегатометрией. Изучали активность НАД- и НАДФ-зависимых дегидрогеназ в тромбоцитах крови с помощью биолюминесцентного анализа.

Результаты: Через две недели терапии клопидогрелом у всех пациентов агрегация тромбоцитов с АДФ достоверно понизилась и достигла оптимального уровня. У 20,6% пациентов получающих ацетилсалициловую кислоту в энтеральной оболочке и у 21,7% пациентов получающих ацетилсалициловую кислоту в сочетании с магнием гидроксидом агрегация тромбоцитов с АДФ оставалась повышенной и не достигла оптимального уровня. Для пациентов, не отвечающих на терапию аспирином характерно понижение активности НАД-глутаматдегидрогеназы на лечении ацетилсалициловой кислотой в сочетании с магнием гидроксидом и НАДФ-изоцитратдегидрогеназы на лечении ацетилсалициловой кислотой в энтеральной оболочке ($P<0,05$). При сравнении активности дегидрогеназ тромбоцитов у пациентов чувствительных к разным формам аспирина достоверных различий не установлено.

Выводы: Лабораторная резистентность к аспирину у пациентов получающих разные формы препарата составляет от 20,6 до 21,7%. При двухнедельной терапии клопидогрелом у всех пациентов достигалось оптимальное понижение агрегации тромбоцитов. У резистентных к аспирину пациентов понижена активность НАД-глутаматдегидрогеназы и НАДФ- изоцитратдегидрогеназы. Активность НАД- и НАДФ-зависимых дегидрогеназ в тромбоцитах крови на терапии клопидогрелом и аспирином достоверно отличается.

0241 ЧАСТОТА КОРОНАРНЫХ СОБЫТИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАКТОРОВ РИСКА И ВИДОВ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА.

Гринштейн Ю.И., Губич С.Г., Кусаев В.В.
Государственная Медицинская Академия им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия

Цель. Оценить частоту коронарных событий в течении 12 месяцев наблюдения в зависимости от факторов риска и видов реваскуляризации коронарных артерий у больных перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ).

Методы исследования. В исследование включены 141 пациент, мужского пола, возраст 54,2±2,7 года, перенесшие острый инфаркт миокарда с различными видами реваскуляризации и без таковой, и прошедшие курс физической реабилитации в кардиологическом санатории «Енисей» с последующим продолжением тренировок в домашних условиях в течение 12 месяцев. Группу ОИМ + чрескожная коронарная ангиопластика (ЧТКА) составили пациенты после ЧТКА и стентирования (n=48), группу ОИМ + тромболизис (ТЛ) (n=44) составили пациенты с медикаментозной реваскуляризацией (стрептокиназа, актилизе), контрольную группу ОИМ (n = 50) составили пациенты с ОИМ без реваскуляризации коронарных артерий. Оценивалось наличие факторов риска, частота коронарных событий в группах, толерантность к физической нагрузке в течение 12 месяцев наблюдение.

Полученные результаты. Во всех группах были пациенты с факторами риска коронарных событий. В группе ОИМ + ЧТКА курящие 75,4% (n=38), с уровнем ОХ >5,5 ммоль/л – 54,9% (n=28) и ИМТ >25 – 68,6% (n=35), АД >140/90 мм рт.ст 56,2% (n=27). В группе ОИМ + ТЛ курящие 68,1% (n=30), с уровнем ОХ >5,5 ммоль/л – 47,7% (n=21) и ИМТ >25 – 65,9% (n=29), АД >140/90 мм рт.ст 68,1% (n=30). В группе ОИМ курящие 62% (n=31), с уровнем ОХ >5,5 ммоль/л – 50% (n=25) и ИМТ >25 – 46% (n=23), АД >140/90 мм рт.ст 48,0% (n=24). Статистически достоверных различий по факторам риска в группах не отмечалось. Из обследованных пациентов по одному фактору риска имели примерно 7% пациентов, остальные по 2 и более факторов риска. По истечению 12 месяцев наблюдения число обострений ишемической болезни сердца составило в группе ОИМ + ЧТКА – 31,2% (15 пациентов), в группе ОИМ + ТЛ – 47,7% (21 пациентов), в группе ОИМ – 54% (27 пациентов). Из них повторный ИМ наблюдался у 2,1%, 9,1%, 14%, а нестабильная стенокардия в 29,1%, 38,6%, 40% соответственно по группам. У этих же пациентов отмечалось достоверное снижение толерантности к физической нагрузке. У пациентов без коронарных событий в течение 12 месяцев наблюдения количество факторов риска не превышало более одного.

Выводы. Наличие факторов риска ИБС, таких как курение, нестабильное АД, гиперхолестеринемия и ожирение ухудшает прогноз у больных перенесших инфаркт миокарда и ведет к обострению ИБС, что проявляется в повторных ОИМ и прогрессирующей стенокардии. Обострения ИБС безусловно сказываются на толерантности к физической нагрузке у больных перенесших ОИМ. В группе больных с ЧТКА количество коронарных событий в течение 12 месяцев было достоверно меньше чем в группе после тромболизиса и в группе без реваскуляризации.

0242 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ЭНАЛАПРИЛОМ И ПЕРИНДОПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ “ЭСКУЛАП”

Гринштейн Ю.И, Попелышева А.Э., Барбараш О.Л., Яхонтов Д.А., Осетрова Н.Б.
ГОУ ВПО Государственная медицинская академия им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Росздрава, Красноярск, Россия; ГОУ ВПО Государственная медицинская академия Росздрава, Кемерово, Россия; ГОУ ВПО Государственный медицинский университет, Росздрава, Новосибирск, Россия

Целью работы явилось сравнительное изучение эффективности эналаприла и периндоприла у больных с артериальной гипертонией (АГ) и систолической дисфункцией миокарда.

Материалы и методы. В проспективном открытом рандомизированном сравнительном контролируемом исследовании находились 40 пациентов (23 мужчины и 17 женщин) с АГ и систолической дисфункцией (фракция выброса - ФВ≤45% по Симпсону). После рандомизации 1-ю группу (n=20) составили пациенты на терапии периндоприлом (средний возраст 60,95±2,08 лет), 2-ю (n=20) -эналаприлом (средний возраст 56,15±2,07 лет). Периндоприл (престариум, Сервье) назначался в дозе 8 мг/ сут. однократно, эналаприл (энам, Доктор Редди’с) - 20мг/сут (двукратно), оба препарата в сочетании с гипотиазидом 25 мг/сут. Длительность лечения составила 24 недели. Целевым АД считали средние показатели по СМАД менее 130/80 мм рт.ст. Проводилось суточное мониторирование АД (СМАД) на аппарате 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 и диастолического АД (сАД, дАД-день, ночь, сутки), оценивали индекс времени гипертензии (ИВ-день, ночь), суточный индекс АД (СИ АД) и нагрузку 6-ти минутной ходьбой. Выполняли эхокардиографию. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы

StatIstIca 6.0 фирмы StatSoft Inc. (США). Для сравнения попарно связанных выборок применялся Т-критерий Уилкоксона. Различия считались достоверными при значении p≤0,05.

Результаты. При анализе данных "нагрузка давлением" по ИВ до лечения превышала 50% показатели по сАД и дАД в обеих группах. СИ АД до лечения составил более 4%, но менее 8% (нондипперы). При анализе СМАД в обеих группах на фоне лечения установлено достоверное снижение дневного и ночного АД до целевых цифр, нормализация ИВ и улучшение значений СИ (нондипперы). Установлена положительная динамика показателей 6-ти минутной ходьбы в обеих группах (p<0,06/p<0,92) и улучшение ФВ в группе эналаприла.

Выводы: На фоне лечения в течение 24 недель больных с АГ и хронической сердечной недостаточностью периндоприлом и эналаприлом в сочетании с гипотиазидом достигнут достоверный равный гипотензивный эффект. По результатам СМАД на терапии эналаприлом отмечено более выраженное снижение "нагрузки давлением" и улучшение циркадного ритма АД. Отмечается достоверная динамика повышения ФВ на эналаприле и периндоприле.

0243 ХОУМИНГ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Гринь В.К., Михайличенко В.Ю.
Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака АМН Украины, Донецк, Украина

Сердечно-сосудистые заболевания – это одна из ведущих причин смертности в цивилизованных странах.

Цель: изучить хоуминг мезенхимальных стволовых клеток при модели инфаркта миокарда у крыс.

Материалы и методы: опыт проводился на 40 крысах самках инбредной линии Вистар-Кайота. Всем животным под внутрибрюшинным (кетамин+ксилазин) наркозом в условиях искусственной вентиляции легких выполняли торакотомию, после чего прошивали и лигировали левую межжелудочковую артерию. После чего послойно ушивали грудную клетку, разрешали пневмоторакс. Далее у крыс самцов при соблюдении правил биоэтики забирали трубчатые кости и передавали их в лабораторию клеточного и тканевого культивирования ИНВХ им. В.К. Гусака АМНУ для получения культуры стволовых мезенхимальных клеток СМК. Затем через сутки после моделирования инфаркта миокарда у крыс, под наркозом рассекали кожу в проекции сосудисто-нервного пучка бедра слева, пунктировали бедренную вену и вводили клетки в количестве 1000 000. В сроки через 7 и 14 суток изучали морфологию сердца с помощью стандартных методов и иммуногистохимических для определения Y-хромосомы.

Результаты и их обсуждение. При использовании гибридизации In sItu мы обнаружили в формирующемся рубце у крыс-самок клетки с наличием Y-хромосомы в ядре, т.е. клетки-потомки пересаженных МСК. Трансплантация МСК приводит к значительному улучшению васкуляризации в зоне инфаркта, что, возможно, приводит к уменьшению ишемии в пограничных с инфарктом зонах, снижению ишемического повреждения кардиомиоцитов в этих зонах, что в итоге способствует уменьшению площади рубца и предотвращению формирования аневризмы сердца. Доказано, что трансплантированные клетки активно участвуют в формировании сосудов и соединительной ткани в зоне рубцевания. При анализе морфометрических данных видно, что удельный объем инфарцированного участка у крыс без лечения составил 24,02% от первоначального объема, т.е. произошло уменьшение площади миокарда в 4 раза. В группах животных, которым выполняли трансплантацию, наблюдали всего двукратное уменьшение площади рубца. При этом у нелеченных животных 34% площади рубцующегося участка было занято соединительной тканью, а у леченных животных – 18%. Удельный объем сосудов в участке рубцевания у леченных животных был ниже, чем у животных без лечения, однако сами сосуды были различного строения. Так, у животных без лечения сосуды представляли собой широкие сосуды с большим просветом, тогда как у леченных животных это были сосуды небольшого диаметра. Поэтому мы также вычислили удельное количество сосудов на 100000 мкм2 ткани рубца. Из полученных данных видно, что удельное кол-во сосудов на единицу объема приблизительно в 6 раз больше у животных после трансплантации.

Выводы. Трансплантация МСК приводит к значительному улучшению васкуляризации в зоне ИМ (~ в 6 раз!), что приводит к уменьшению ишемии в пограничных с инфарктом зонах и к уменьшению площади инфаркта. Доказан направленный хоуминг введенных внутривенно МСК.

0244 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ТРАНСПЛАНТАЦИИ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Гринь В.К., Михайличенко В.Ю.
Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака АМН Украины, Донецк, Украина

Несмотря на значительные успехи, достигнутые при лечении ишемической болезни сердца, ряд вопросов остается открытыми. К сожалению, современная фармакотерапия и хирургические методы реваскуляризации исчерпали свой потенциал, что требует разрабатывать новые методики с применением клеточных трансплантаций.

Цель: изучить эффективность различных способов трансплантации мезенхимальных стволовых клеток при модели инфаркта миокарда у крыс.

Материалы и методы: опыт проводился на 60 крысах самках инбредной линии Вистар-Кайота. Всем животным под внутрибрюшинным (кетамин+ксилазин) наркозом в условиях искусственной вентиляции легких выполняли торакотомию, после чего прошивали и лигировали левую межжелудочковую артерию. После чего послойно ушивали грудную клетку, разрешали пневмоторакс. Далее у крыс самцов при соблюдении правил биоэтики забирали трубчатые кости и передавали их в лабораторию клеточного и тканевого культивирования ИНВХ им. В.К. Гусака АМНУ для получения культуры стволовых мезенхимальных клеток (СМК). Затем через сутки после моделирования инфаркта миокарда у крыс 1 группы, под наркозом рассекали кожу в проекции сосудисто-нервного пучка бедра слева, пунктировали бедренную вену и вводили клетки в количестве 1000 000. Во второй группе пунктировали бедренную артерию и вводили катетер в полость левого желудочка под рентгенконтролем (контрастирование ультравистом), далее вводили мезенхимальные стволовые клетки в той же дозировке. В третьей группе выполняли реторакотомию и МСК вводили в зону инфаркта путем инъекции их инсулиновым шприцом. В сроки через 7 и 14 суток изучали морфологию сердца с помощью стандартных методов и иммуногистохимических для определения Y-хромосомы.

Результаты и их обсуждение. Трансплантация МСК приводит к значительному улучшению васкуляризации в зоне инфаркта, что, возможно, приводит к уменьшению ишемии в пограничных с инфарктом зонах, снижению ишемического повреждения кардиомиоцитов в этих зонах, что в итоге способствует уменьшению площади рубца и предотвращению формирования аневризмы сердца. Доказано, что трансплантированные клетки активно участвуют в формировании сосудов и соединительной ткани в зоне рубцевания. Удельный объем сосудов в участке рубцевания у леченных животных был ниже, чем у животных без лечения, однако сами сосуды были различного строения. Удельное кол-во сосудов на единицу объема приблизительно в 6 раз больше у животных после трансплантации. Наилучший эффект морфологический и нейрофизиологический был достигнут при инъекционировании МСК в зону повреждения

Выводы. Трансплантация МСК приводит к значительному улучшению васкуляризации в зоне ИМ (~ в 6 раз!), независимо от способа введения, что приводит к уменьшению ишемии в пограничных с инфарктом зонах и к уменьшению площади инфаркта. Наилучший эффект был достигнут при инъекции стволовых клеток в зону рубца.

0245 ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У ПОЖИЛЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ КОРДАФЛЕКСОМ РД И ЭНАЛАПРИЛОМ

Гришаева Е.Е., Ястребова Е.И., Фадеева С.С., Олейников В.Э.
Медицинский институт ПГУ, Пенза, Россия

Цель: исследование динамики показателей эндотелиальной функции при лечении кордафлексом РД и эналаприлом больных старше 60 лет с артериальной гипертонией (АГ).

Материалы и методы: обследовано 64 пациента старше 60 лет (66,15±4,81лет) с АГ I - II степени. Группа Э (30 человек) принимала эналаприл в дозе 10–20 мг/сут, группа К (34 человека) - кордафлекс РД в дозе 40 мг/сут в течение 48 недель. Применялся ультразвуковой метод определения прироста диаметра плечевой артерии (ПДПА), индекса реактивности (ИР) в пробе с постокклюзионной реактивной гиперемией по методике D. Celenmajer (Aloka, Япония). Жесткость артерий оценивали методом объемной сфигмографии с помощью прибора Va-Sera-1000 («Fucuda DenshI», Япония). Определяли скорость распространения пульсовой волны в артериях эластического (R-PWV), мышечного типа (B-PWV), сердечно-лодыжечный сосудистый индекс CAVI.

Результаты: на фоне лечения кордафлексом РД среди показателей функции эндотелия у больных в группе К отмечалось уменьшение скорости кровотока в плечевой артерии (ПА) (p=0,0014), увеличение ИР (p=0,0012), диаметра ПА (p=0,002) и общей сонной артерии (ДОСА) (p=0,0003); у больных в группе Э индекс реактивности достоверно не изменился, отмечалось увеличение диаметра ПА (p=0,016), ДОСА (p=0,012) и уменьшение скорости кровотока в ПА (p=0,014). ПДПА у больных в группе К до лечения составил - 7%, однако после лечения - 10,24% (Δ=3,24%). ПДПА у обследуемых в группе Э составил 6,7%, после лечения - 8,14% (Δ=1,44%).

Выявлена достоверная положительная корреляция между скоростью распространения пульсовой волны в ПА и в артериях мышечного, эластического типа. Однако скорость кровотока в ПА сильнее коррелировала с B-PWV (rs=0,5; p=0,01), чем с R-PWV (rs=0,4; p=0,02). Подобная, но отрицательная взаимосвязь отмечалась между диаметром ПА и B-PWV (rs=-0,5; p=0,01). Определена достоверная корреляция между комплексом интима-медиа и индексом массы тела (rs=0,5; p=0,02), индексом CAVI (rs=0,68; p=0,000016), ИР (rs=-0,55; p=0,003). Выраженная взаимосвязь обнаружена между ИР и CAVI (rs=0,61; p=0,0002).

Выводы: на фоне лечения у лиц старше 60 лет с АГ 1-2 степени кордафлекс РД вызвал увеличение ИР и ПДПА в большей степени, что свидетельствует об улучшении функции и структуры артериальной стенки. Эффект уменьшения ригидности сосудистой стенки указывает на выраженное вазопротекторное действие кордафлекса РД. Взаимосвязь индексов массы тела, CAVI, ИР и комплекса интима-медиа говорит об утолщении, уплотнении и ригидности артериальной стенки.

0246 ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Громнацкий Н.И., Громнацкая Н.Н.
КГМУ, Курск, Россия; ЛГМУ, Львов, Украина

Цель. Исследование особенностей липидного спектра крови у детей и подростков с артериальной гипертонией (АГ).

Методы. Определяли артериальное давление (АД) по Короткову, рост, массу тела (МТ), объем талии (ОТ) и бедер (ОБ), общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХСЛВП), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХСЛНП), индекс атерогенности (ИА), индекс ХСЛНП/ХСЛВП. Липиды крови определяли с помощью аппарата COBAS INTEGRA 400 Plus (фирма Roche) и набор фирмы «Lachema». ИА рассчитывали по А.Н.Климову: ИА=(ОХС-ХСЛВП)/ХСЛВП, а также процент содержания ХСЛВП, ХСЛНП и индекс ХСЛНП/ХСЛВП, который характеризует соотношение содержания ЛП атерогенного класса к неатерогенному (Аронов Д.М. и соавт.)

Результаты. Установлено, что уровень ОХС у детей с АГ (3,96±0,77 ммоль/л) и у детей с нормальными показателями АД (4,28±0,25 ммоль/л) существенно не отличался, содержание ХСЛВП было в 2,2 раза ниже (0,678±0,29 против 1,55±0,07 ммоль/л), триглицеридов (ТГ) в 1,6 раза выше (1,51±0,26 против 0,91±0,23 ммоль/л), ИА в 2,8 раза выше (5,4±1,85 против 1,92±0,25 ммоль/л). Уровень ХСЛВП у детей с АГ был идентичен его содержанию у детей с нормальным АД. Отмечалось также повышение индекса ХСЛНП/ХСЛВП в 2 раза у детей с АГ в сравнении с детьми с нормальными показателями АД.

Выводы. У детей с АГ выявлено повышение ТГ, снижение ХСЛВП, повышение ИА и градиента ХСЛНП/ХСЛВП в крови, что соответствует атерогенному фенотипу IV. Детей с повышением АД следует относить к группе лиц с высоким риском развития атеросклероза в связи с наличием у них дислипопротеидемии, что свидетельствует о необходимости ее ранней диагностики и разработки тактики коррекции.

0247 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ АЛЛИКОРОМ НА РИСК ФАТАЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОГЕННЫМИ ДИСЛИПО ПРОТЕИДЕМИЯМИ

Громнацкий Н.И., Середицкая Ж.Е., Лазарева Н.В., Анненкова Г.В.
ГОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет», Курск, Россия

Цель: оценить влияние алликора (препарата пролонгированного действия на основе порошкообразного чеснока) на индивидуальный риск фатальных сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с атерогенными дислипопротеидемиями (ДЛП).

Материалы и методы: в исследование включены 56 пациентов в возрасте 40-60 лет (33 женщины старше 55 лет или с ранней менопаузой, 23 мужчины), у которых после 8 нед гиполипидемической диеты диагностированы атерогенные дислипопротеидемии (IIа и IIв типов), и при этом отмечалась умеренно выраженная гиперхолестеринемия (5,0 (4,5)-7,8 ммоль/л) и уровень ТГ≤4,5 ммоль/л. Больные были разделены в зависимости от категории риска развития фатальных сердечно-сосудистых осложнений (ССО): группа 1 (очень высокого риска) - лица с установленной ИБС, группа 2 (высокого риска) - пациенты без ИБС и ее клинических эквивалентов, но с наличием >1 фактора риска (с риском развития фатальных ССО в течение 10 лет по шкале SCORE ≥5%). Пациенты продолжали соблюдать гиполипидемическую диету I ступени, наряду с приемом алликора (300 мг/сут, фирма «ИНАТ-Фарма») на протяжении 12 нед. В следующие 12 нед больным группы 1 увеличили дозу препарата до 600 мг/сут, оставив ее без изменений у пациентов группы 2. В исходном состоянии, через 1, 3 и 6 мес приема алликора оценивали состояние липидного обмена, антропометрические показатели, уровень АД и профиль индивидуального фатального риска ССО.

Результаты: через 6 мес терапии алликором у пациентов группы 1 выявлено снижение содержания ОХС на 29,5±3,8% по сравнению с исходным уровнем, ТГ - на 31,2±3,5%, ХСЛПНП – на 43,9±4,4%, коэффициента атерогенности (КА) - на 50,1±6,5%, повышение ХСЛПВП - на 19,7±2,3% (p<0,05). В группе 2: снижение ОХС на 27,5±3,5%, ТГ - на 32,9±3,8%, ХСЛПНП – на 45,9±4,7%, КА - на 55,7±7,4%, повышение ХСЛПВП - на 25,3±3,1% (p<0,05). У больных обеих групп через 6 мес приема алликора отмечено достижение целевых уровней липидов крови (Рекомендации ВНОК, 2007). У пациентов группы 1 на фоне 6 мес приема алликора установлено снижение ИМТ на 9,7±2,2% по сравнению с исходным состоянием и степени абдоминального ожирения (ОТ) на 8,4±1,4% (p<0,05), снижение уровней систолического и диастолического АД (САД и ДАД) на 6,8±0,9% и 3,7±0,5%, соответственно (p<0,05). У пациентов группы 2: снижение ИМТ к 6 мес терапии на 10,1±2,0% и ОТ на 9,2±1,0% (p<0,05), уменьшение уровня САД на 8,6±1,2%, ДАД – на 4,8±0,5% (p<0,05). При повторной оценке уровня 10-летнего риска фатальных ССО выявлено благоприятное воздействие ал-

ликора на динамику риска: на фоне 6 мес терапии алликором (3 мес в дозе 300 мг/сут, следующие 3 мес - 600 мг/сут) удалось добиться перевода больных ИБС из категории «очень высокий риск» в «высокий риск»; стало возможным перевести пациентов с ФР на фоне 6 мес терапии алликором (в дозе 300 мг/сут) из категории «высокий риск» в «умеренный риск».

Заключение: установлено благоприятное воздействие алликора на основные модифицируемые факторы риска ССЗ у пациентов с атерогенными ДЛП, что привело к снижению уровня индивидуального суммарного фатального риска ССО. Длительный прием препарата может быть рекомендован в качестве средства первичной и вторичной профилактики ССЗ, обусловленных атеросклерозом.

0248 СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ЭРИТРОЦИТОВ И ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

*Громов А.А., Кручинина М.В., Рабко А.В., Генералов В.М. *, Бакиров Т.С. **

ГУ НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия; ФГУН ГНЦ вирусологии и биотехнологии "Вектор" Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека*, пос.Кольцово, Новосибирская область, Россия

Целью работы явилось изучение состояния гемостаза, электрических и вязкоупругих свойств эритроцитов (Er) у больных с острым коронарным синдромом для выявления патогенетических факторов. Обследовано 133 пациента в возрасте от 42 до 76 лет с ИБС (острый коронарный синдром). У 76% пациентов был диагностирован острый коронарный синдром с подъемом зубца ST, у 24% пациентов – без подъема зубца ST. Группу сравнения составили 33 мужчины сопоставимого возраста. Изучение электрических и вязкоупругих характеристик эритроцитов проводили методом диэлектрофореза на четырех фиксированных частотах у 27 больных: 5.104 Гц, 105 Гц, 5.105 Гц и 106 Гц. Показатели гемостаза получены с использованием стандартных методик. Отмечено повышение скорости лейкоцитарно-тромбоцитарной агрегации, увеличение уровня РКФМ, фактора Виллебранда, снижение скорости и степени агрегации тромбоцитов с большей частью индукторов (коллаген, АДФ 5,0, гемолизат, ристомицин 1,0), замедление XIIa-зависимого фибринолиза, появление у ряда больных волчаночного антикоагулянта. В динамике наблюдения отмечена тенденция к нормализации скорости лейкоцитарно-тромбоцитарной агрегации, нормализация показателей агрегации тромбоцитов, снижение уровня РКФМ ($p<0,0001$-$0,05$). Экспериментально установлено: обобщенные показатели жесткости, вязкости, электропроводности, емкости мембран Er, индексов агрегации и деструкции достоверно выше, а поляризуемости, амплитуды деформации, скорости движения Er к электродам - ниже у больных с ИБС по сравнению с группой контроля ($p<0,0001$-$0,05$). В динамике проводимой терапии поляризуемость и амплитуда деформации Er достоверно возрастают, а уровни обобщенных показателей вязкости, жесткости, электропроводность, емкость мембран, индексы агрегации, деструкции - снижаются ($p<0,043$-$0,001$). Установлены корреляции между электрическими, вязкоупругими характеристиками эритроцитов и показателями гемостаза (поляризуемости при 106Гц и ЛТА – $r=-0,514$, $p<0,05$; степенью агрегации тромбоцитов с коллагеном - $r=0,512$, $p<0,03$; РКФМ - $r=0,423$, $p<0,031$; электропроводности с рангом волчаночного антикоагулянта - $r=0,616$, $p<0,008$; амплитуды деформации Er с наличием волчаночного антикоагулянта $r=0,504$, $p<0,039$; амплитуды деформации Er с XIIa-зависимым фибринолизом - $r=0,477$, $p<0,05$; вязкости Er со степенью агрегации тромбоцитов с АДФ5,0 - $r=-0,5$, $p<0,041$; индекса агрегации Er при 106Гц со степенью агрегации тромбоцитов с АДФ5,0 - $r=-0,543$, $p<0,024$; с гемолизатом- $r=-0,666$, $p<0,003$).

Тромбогенные и воспалительные изменения гемостаза у больных ОКС сочетаются с изменениями реологических и электрических характеристик эритроцитов. Взаимосвязь изменений характеристик Er и гемостаза демонстрирует межклеточные взаимодействия при ИБС, перспективные для выявления новых патогенетических звеньев и совершенствования терапии ИБС.

0249 ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ПОЧЕК РАЗНЫМИ МЕТОДАМИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Гудгалис Н.И., Исикова Х.В., Виллевальде С.В., Котовская Ю.В., Кобалава Ж.Д.

Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

Цели: Раннее выявление нарушения функции почек у больных сахарным диабетом 2 типа (СД2т) актуально в связи с необходимостью своевременной нефропротекции. Важен выбор методики, позволяющей оценить доклиническое поражение почек. Цель исследования - оценить скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по разным формулам у больных с нелеченым СД2т и сопоставить ее с другими показателями функции почек.

Материалы и методы: у 158 больных нелеченым СД2т (82 мужчины, возраст 56,2±0,7 лет (M±m), ИМТ 31,5±0,5 кг/м2, длительность СД2т 2,3±0,2 года, $HbA1_C$ 7,8±0,1%, АД 138,3±2,2/83,0±0,7 мм рт.ст., 30% курили, 72% получали антигипертензивную терапию) определяли уровень сывороточного креатинина (Кр), цистатина С, мочевой кислоты, отношения альбумин/креатинин мочи (А/Кр). СКФ оценивали по формуле Кокрофта-Гаулта (СКФ1), уравнению MDRD (СКФ2), а также основанных на уровне цистатина С формулах – формуле Hoek (СКФ3) и Larsson (СКФ4). Корреляционный анализ проводили по Спирману.

Результаты: Средний уровень креатинина составил 81,6±1,2 мкмоль/л, цистатина С 0,91±0,02 мг/л, мочевой кислоты 335,5±7,1 мкмоль/л. СКФ1 104,3±3,3 мл/мин, СКФ2 81,5±1,2 мл/мин/1,73м^2, СКФ3 87,0±2,5 мл/мин/1,73м^2 и СКФ4 91,4±3,2 мл/мин. Микроальбуминурия (А/Кр 25-355 мг/г для женщин и 17-250 мг/г для мужчин) обнаружена у 4 пациентов. Выявлена прямая связь цистатина С с Кр ($r=0,60$; $p<0,001$), и обратная связь с СКФ2 ($r=-0,64$; $p<0,001$). Обнаружена обратная связь СКФ2 с уровнем мочевой кислоты ($r=-0,23$; $p=0,005$). СКФ3 и СКФ4 оказались положительно связаны с СКФ2, но не СКФ1 ($r=0,72$; $p<0,001$ и $r=0,72$; $p<0,001$, соответственно), имели отрицательную связь с Кр ($r=-0,62$; $p<0,001$ и $r=-0,62$; $p<0,001$) и мочевой кислотой ($r=-0,48$; $p<0,001$ и $r=-0,48$; $p<0,001$, соответственно).

Выводы: у пациентов с нелеченым СД2т цистатин С и СКФ, рассчитанная по уровню цистатина С, связаны с креатинином сыворотки крови и СКФ, рассчитанной по уравнению MDRD, но не по формуле Кокрофта-Гаулта, и могут быть использованы для оценки функции почек у данной группы пациентов.

0250 ВЛИЯНИЕ «КЛАССИЧЕСКИХ» ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ, ПО ДАННЫМ ОДНОГОДИЧНОГО МОНИТОРИНГА

Гузь И.О., Маргарян М.П., Волкова Э.Г.

ГОУ ДПО Уральская Государственная Медицинская Академия Дополнительного Образования Росздрава, Челябинск, Россия

Цель исследования – изучить частоту встречаемости факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (артериальная гипертония, курение, сахарный диабет, абдоминальное ожирение, дислипидемия) среди пациентов с острым коронарным синдромом и оценить их влияние на выживаемость в этой когорте в течение года.

Методы исследования. Исследование проводилось в рамках российского многоцентрового проспективного исследования «Риск после обострения» среди пациентов кардиологического отделения с острым инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией. В исследование включено 142 человека. У всех пациен-

тов изучался анамнез, проводилось измерение артериального давления по методу Короткова, измерялся объём талии, на десятый день с момента стабилизации состояния проводился забор венозной крови с исследованием уровней глюкозы, общего холестерина, триглицеридов, холестерина липопротеидов низкой и высокой плотности. Все пациенты наблюдались в течение года с момента включения в исследование. Контроль проводился через 1, 6 и 12 месяцев путём телефонного контакта или амбулаторного приёма.

Полученные результаты. Среди пациентов с острым коронарным синдромом частота встречаемости артериальной гипертонии составила 81,7%, курения – 69,0%, сахарного диабета – 7,7%, абдоминального ожирения - 48,6%. Среди нарушений липидного обмена лидирующее место по частоте встречаемости занимает снижение уровня липопротеидов высокой плотности (65,5%), далее в порядке убывания – гипертриглицеридемия (56,3%), повышение уровня липопротеидов низкой плотности (55,6%), гиперхолестеринемия (40,8%).

В ходе наблюдения зарегистрировано 9 случаев сердечнососудистой смерти (6,3%): 8 мужчин и 1 женщины. Средний возраст наступления смерти составил 61,4±10,3 лет.

Относительные риски смерти в исследуемой когорте в зависимости от наличия того или иного фактора риска составили: при артериальной гипертонии – 1,75, у курильщиков – 1,4, при наличии сахарного диабета – 3,6, у лиц с абдоминальным ожирением – 0,86, при гиперхолестеринемии – 1,17, при гипертриглицеридемии – 2,73, при повышенном уровне липопротеидов низкой плотности – 1,6, при снижении липопротеидов высокой плотности – 1,0.

Выводы.

1. Артериальная гипертония является наиболее частым фактором риска в когорте пациентов с острым коронарным синдромом.

2. Одногодичная сердечнососудистая смертность среди этих пациентов составила 63,4 на 1000 человек.

3. Наличие сахарного диабета является наиболее неблагоприятным фактором для одногодичного прогноза выживаемости у лиц с острым коронарным синдромом.

0251 ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Гультяева Е.П., Полковникова Т.Г., Гапон Л.И.
Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель: Изучить прогностическую значимость показателей суточного профиля артериального давления (АД) у больных ИБС, нестабильной стенокардией (НС).

Материалы и методы: В исследование было включено 120 пациентов мужского пола (средний возраст 52,3±2,3 лет), госпитализированных по экстренным показаниям с диагнозом ИБС. НС. На 1-3 сутки пребывания в стационаре всем больным проведено суточное мониторирование АД (СМАД) портативной системой CardIo Tens 01 (“MedItech”, Венгрия). Оценивались среднесуточные, минимальные и максимальные показатели систолического (САД) и диастолического (ДАД) 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. Пациентам были назначены коронароактивные и гипотензивные препараты в соответствии с нозологическими стандартами в индивидуально подобранных дозах. При проспективном наблюдении в течение 12 месяцев оценивали число случаев инфаркта миокарда (ИМ), мозгового инсульта (МИ), сердечно-сосудистой смерти (ССС), повторных госпитализаций по поводу НС.

Результаты: Все больные до госпитализации страдали хронической ИБС (средняя длительность заболевания 4,3 года). 17,6% перенесли ранее ИМ, 12,6% - операции реваскуляризации, у 84,1% - артериальная гипертония (АГ), у 68,9% - отягощенная наследственность по ИБС и АГ. По результатам СМАД при поступлении у большинства больных НС с АГ выявлена недостаточная степень ночного снижения АД (NondIppers) - 68%, у 18% - нормальная степень ночного снижения АД (DIppers), у 9% - ночное АД превышало дневное (NIghtpeakers), у 5% - чрезмерное ночное снижение АД (OverdIppers). При наблюдении в течение года 66% больных отмечали улучшение состояния, 24% - ухудшение, 10% - без динамики. У 50% больных в течение года после эпизода НС наблюдались сердечно-сосудистые осложнения: у 14,0% - нефатальный ИМ, у 2% - МИ, у 2% - ССС, у 82% повторные случаи НС. Причем все случаи ИМ и ССС зарегистрированы у лиц с суточным профилем АД non-dIpper. Выявлена высокая корреляционная связь развития ИМ с СИ САД, ИВ САД в ночное время, ИВ ДАД днем, уровнем среднесуточного САД, а повторных случаев НС с уровнем суточного среднего и максимального САД, СИ САД и ДАД. По результатам дискриминантного анализа предикторами развития нефатального ИМ являются: наличие в анамнезе АГ, СИ САД и ДАД, ИВ ДАД (с чувствительностью 88%, специфичностью 84% и предсказующей точностью 84%), а повторных случаев НС - приверженность к лечению, СИ САД и ДАД, максимальное суточное САД (с чувствительностью 73%, специфичностью 89% и предсказующей точностью 83%).

Выводы: Таким образом, у больных ИБС, нестабильной стенокардией для оценки отдаленного прогноза сердечно-сосудистых осложнений целесообразно проводить СМАД с изучением СИ САД и ДАД, ИВ САД и ДАД.

0252 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ВЛИЯНИЕ НА ПРОЦЕССЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ АГОНИСТОВ АНГИОТЕНЗИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Гультяева Е.П., Бердинских С.Г., Гапон Л.И., Гончаревич М.Ф., Палладий Т.А.
Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель: оценить клиническую эффективность и влияние на показатели перекисного окисления липидов (ПОЛ) в мембранах тромбоцитов агонистов ангиотензиновых рецепторов телмисартана и эпросартана у больных с сочетанием артериальной гипертонии (АГ) и хронической ишемической болезни сердца (ХИБС).

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 лет) - эпросартан (теветен, производства фирмы “Solvey Pharma”) в дозе 300-600 мг/сут. Гипотензивный эффект оценивали по динамике «офисного» систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления, антиангинальный – по числу приступов стенокардии в неделю. Влияние на процессы ПОЛ определялось по динамике диеновых коньюгатов (ДК), малонового диальдегида (МДА) и шиффовых оснований (ШО). Изучаемые параметры оценивались исходно (“чистый фон”) и через 8 недель монотерапии.

Результаты: В 1 группе хороший и удовлетворительный гипотензивный эффект достигнут у 93,5%, отсутствие эффек-

та - у 6,5% больных, во 2 группе – у 90% и 10%, соответственно. Более выраженное гипотензивное действие оказывал эпросартан: уровень САД снизился на 21,3%, ДАД на 16,3%. На фоне терапии телмисартаном на 14,9% - САД и на 15,4% - ДАД. Количество приступов стенокардии достоверно уменьшилось в обеих группах: с 2,93±0,32 до 1,15±0,3, p<0,01 в первой (на 60,7%), во второй с 2,52±0,4 до 0,9±0,2, p<0,01 (на 64,3%).. Однако только в группе телмисартана мы отметили достоверное влияние на содержание всех продуктов ПОЛ: снизились уровни ДК, МДА и ШО (на 45,7%, 27,8% и 24,7%, соответственно). Кроме того, отмечена положительная корреляционная связь между динамикой уровня ДК с частотой приступов стенокардии (r =0,49; p=0,007) и уровнем ДАД (r=0,49; p=0,009). На фоне монотерапии эпросартаном достоверно уменьшился лишь уровень первичных продуктов ПОЛ - ДК на 12%.

Выводы: Таким образом, телмисартан и эпросартан наряду с выраженным гипотензивным действием и улучшением клинического течения стенокардии, оказывают определенное положительное влияние на показатели перекисного окисления липидов в мембранах тромбоцитов у больных с сочетанием АГ и ИБС, стабильной стенокардией напряжения и могут быть рекомендованы для терапии данной категории пациентов.

0253 ВЛИЯНИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА НА УРОВЕНЬ СТРЕСС-РЕАКТИВНОСТИ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ

*Гуляева Е.Н. *, Шабалин А.В. **, Торопчина Н.А., Герасимова И.В.*
МУЗ «ГКБ №2», Кемерово, Россия; Кемеровская государственная медицинская академия*, Кемерово, Россия; Новосибирский государственный медицинский университет**, Новосибирск, Россия

Известно, что в клинической практике для адекватного изучения центральной и интракардиальной гемодинамики в процессе динамического стресса особое место занимают провокационные стресс–тесты, которые, несмотря на определенные диагностические ограничения, продемонстрировали хорошую воспроизводимость и валидность.

Целью исследования явилось изучение ассоциации особенностей психосоматического статуса и уровня стресс-реактивности сердечно-сосудистой системы с когнитивными функциями у женщин пожилого и старческого возраста, страдающих эссенциальной артериальной гипертензией (АГ) с высоким сердечно-сосудистым риском.

Материал и методы: группа обследованных была представлена 36 женщинами с АГ II ст., риском 3, в среднем возрасте 67,7±6,9 лет. Диагностика АГ осуществлялась с учетом рекомендаций ЕОГ/ЕОК (2003). Всем больным проводились тесты оценки кратковременной памяти и внимания, определение уровня реактивной и личностной тревожности, суточное мониторирование ЭКГ с оценкой вариабельности сердечного ритма и стресс-ЭхоКГ с психоэмоциональной нагрузочной пробой математического счета. Группу сравнения составили 22 женщины с АГ в возрасте 42,3±3,4 лет.

Полученные результаты: было выявлено, что пожилые женщины с высоким сердечно-сосудистым риском отличаются от группы сравнения ограничением кардиоваскулярной стресс-реактивности с уменьшением на пике пробы степени прироста систолического артериального давления (САД), минутного объема крови (МОК), снижением ударного объема (УО). Психоэмоциональная нагрузочная проба сопровождалась развитием, либо увеличением степени диастолической дисфункции левого желудочка сердца. Корреляционный анализ продемонстрировал, что ограничение кардиоваскулярной стресс-реактивности у женщин пожилого возраста прямо связано с ухудшением их когнитивных функций и усилением тревожных черт. Согласно данным регрессионного анализа, независимое влияние на уменьшение кардиоваскулярной реактивности у пожилых женщин с высоким сердечно-сосудистым риском оказывает возраст обследованных, общая мощность спектра вариабельности сердечного ритма по данным суточного мониторирования ЭКГ и индекс массы миокарда левого желудочка сердца.

Вероятно, выраженность указанных факторов может быть связана с изменениями психофизиологических процессов у больных АГ, а выявление феномена ограничения кардиоваскулярной стресс-реактивности при моделированном психоэмоциональной стрессе может быть полезным для оценки клинического состояния и стратификации сердечно-сосудистого риска в пожилом и старческом возрасте.

0254 АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ТУРБУЛЕНТНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

*Гуляева Е.Н.**, Шабалин А.В. *, Коновалова А.А.***, Торочкина Е.Е. ***
Кемеровская государственная медицинская академия**, Кемерово, Россия; Новосибирский государственный медицинский университет*, Новосибирск, Россия; Кемеровская областная клиническая больница №1***, Кемерово, Россия

Целью настоящего исследования явилось комплексное изучение ассоциации эхокардиографических маркеров поражения сердца и нарушения функции автономной нервной системы в его регуляции с суточной динамикой показателей турбулентности сердечного ритма у пожилых мужчин с АГ высокого сердечно-сосудистого риска.

Характеристика обследованных и методы исследования: в исследование включили 66 мужчин с АГ III стадии, риска 4, не получавших регулярной антигипертензивной терапии, в возрасте от 61 до 74 лет (средний возраст – 68,4±0,35 лет). 66% обследованных пожилых лиц имели признаки ИБС, стабильной стенокардии напряжения I-II функционального класса (ФК).

Всем пациентам проводили допплерэхокардиографическое исследование на ультразвуковом сканере Acuson-128 XP/10c с расчетом основных структурно-функциональных параметров сердца согласно рекомендациям Американской ассоциации эхокардиографии (ASE), суточное мониторирование ЭКГ (СМ-ЭКГ) с использованием системы “Инкарт” (Россия) с оценкой параметров вариабельности сердечного ритма и анализ турбулентности ритма сердца (ТСР) согласно критериям, предложенным G. ShmIdt и соавт. (1999).

Результаты: было выявлено, что увеличение конечно-диастолического объема левого желудочка сердца (КДО), ударного объема (УО) и минутного объема крови (МОК) у пожилых больных с высоким сердечно-сосудистым риском ассоциирует с неблагоприятными значениями показателя начала турбулентности (ТО), характеризующего степень учащения сердечного ритма после желудочковой экстрасистолы. При корреляционно-регрессионном анализе получены достоверные связи неблагоприятных значений ТО в ночное время с увеличением индекса массы тела (ИМТ), возраста и МОК больных мужчин в пожилом возрасте. Анализ вариабельности сердечного ритма продемонстрировал корреляционную связь мощности очень низких и низких частот с КДО и массой миокарда левого желудочка сердца (ИММЛЖ). При этом ограничение вагосимпатического баланса в регуляции деятельности сердца в ночное время оказалось прямо связано с неблагоприятными изменениями показателей ТСР.

Вывод: анализ взаимосвязи ремоделирования сердечно-сосудистой системы и оценки показателей ТСР у пожилых больных АГ может обладать существенной диагностической значимостью и уточнять степень сердечно-сосудистого риска.

0255 АНАЛИЗ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СЕЛЬСКИХ ВРАЧЕБНЫХ ПУНКТАХ

Гулямова Ш.С., Гадаев А.Г.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Рандомизированными исследованиями доказано, что регулярное и длительное лечение больных артериальной гипертонией (АГ) преследует несколько целей:

- достижение целевого артериального давления (АД) более чем на 10% от исходного;
- положительное влияние на состояние органов-мишеней (по крайней мере, не ухудшать их функциональное состояние) и факторы риска;
- улучшение (по крайней мере, не ухудшать) качества жизни больного.

Для достижения этих целей пациентам АГ необходим регулярный самоконтроль уровня артериального давления и непрерывный длительный прием гипотензивных препаратов с доказанной эффективностью.

Цель и задачи. Анализ регулярности и длительности назначения врачами общей практики (ВОП) и приема гипотензивных препаратов больными АГ в сельских врачебных пунктах (СВП) Ферганской, Наманганской, Кашкадарьинской и Сырдарьинской областей Республики Узбекистан.

Материалы и методы. В 168 случайно отобранных амбулаторных картах больных АГ, состоящих на диспансерном наблюдении, ретроспективно были изучены схемы назначения гипотензивных препаратов за последние пять лет. Параллельно проводился опрос этих же больных о регулярности и длительности приема этих препаратов.

Результаты. Опрос больных показал, что регулярно и длительно лечилось всего 17,2%. По данным амбулаторных карт гипотензивные препараты постоянно назначались - в 17,8% случаев, большинство рекомендаций по приему лекарственных препаратов было нерегулярным, короткими курсами, от случая к случаю – 82%. На основании этих фактов можно предполагать, что принципы медикаментозной базисной терапии, основанные на непрерывном длительном приеме препаратов не соблюдаются в достаточном объеме больными и врачами общей практики на уровне первичного звена.

Выводы. Подавляющее число пациентов в СВП принимают гипотензивные препараты от случая к случаю, не соблюдая регулярность лечения. ВОП назначают гипотензивные препараты, не информируя пациентов о длительности медикаментозной терапии. При обучении ВОП принципам профилактики и лечения АГ необходимо акцентировать их внимание на назначение и контроль приема гипотензивных препаратов больными, соблюдая современные принципы медикаментозной терапии АГ.

0256 ПОКАЗАТЕЛИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Гуничева Е.А., Логачева И.В., Ожегов А.М.
ВПО ИГМА, ГУЗ "РКДЦ" МЗ УР, Ижевск, Россия

Цель. Изучить особенности велоэргометрической пробы при различных типах вегетативной нервной системы (ВНС) у подростков с артериальной гипертензией (АГ) под влиянием различных методов терапии.

Методы исследования. Обследовано 90 подростков с АГ I степени в возрасте 16-18 лет (16,6±0,12). Больные распределены на 3 группы по 30 человек. В I группе назначались дозированные аэробные физические нагрузки (ДАФН), во II группе - индапамид ретард (1,5 мг/сут), в III - комбинированная терапия ДАФН и индапамидом ретард (1,5 мг/сут). Курс лечения составил 6 мес. Исследование вегетативного статуса включало анализ исходного вегетативного тонуса (ИВТ) по методике А.М. Вейна и соавт. (1986), модифицированной с учетом детского и подросткового возраста, вегетативного обеспечения. У всех исследуемых пациентов диагностирована вегето-сосудистая дистония (ВСД), в связи с чем оказалось возможным деление на подгруппы: ваготоники, ваготоники с гиперсимпатикотонией, симпатотоники и дистоники, имеющие ВСД по смешанному типу. С целью определения субмаксимальных параметров (АД, ЧСС), уровня толерантности проводилась велоэргометрическая проба.

Полученные результаты. Распределение подростков по ИВТ показало, что во всех группах превалировали пациенты, имеющие ВСД по смешанному типу: в I группе - 39,4%, во II - 45,5%, в III - 29,4%. Симпатотоники составили 18,2%, 21,2% и 29,4%, ваготоники - 33,3%, 18,2% и 23,5%, ваготоники с гиперсимпатикотонией - 9,1%, 15,2% и 17,6% в I, II, III группах соответственно. На фоне лечения нормализация уровня САД/ДАД на высоте нагрузки при проведении ВЭМ-пробы достигнута практически у всех больных за исключением симпатотоников во II группе. В процессе терапии в I, II, III группах толерантность к физическим нагрузкам возросла, соответственно на 16%, 0,5% и 12,3% у ваготоников с гиперсимпатикотонией; на 26,7%, 10,7% и 23,9% у ваготоников; на 27,3%, 5,5% и 22,9% у пациентов с ВСД по смешанному типу; на 22,4%, 2,6% и 25,9% у симпатотоников. Другими словами, наиболее низкая толерантность к физическим нагрузкам регистрировалась у ваготоников с гиперсимпатикотонией. Наиболее эффективным методом терапии для восстановления физической активности у пациентов с АГ являются дозированные аэробные физические нагрузки.

Выводы. У подростков наиболее часто встречающимся нарушением вегетативного тонуса является ВСД по смешанному типу. Ваготоники с гиперсимпатикотонией прогностически неблагоприятная группа, требующая ранних превентивных мероприятий. Симпатотоники требуют терапии артериальной гипертензии пролонгированной, комбинированной ДАФН и индапамидом ретард в сравнении с другими группами дистоников.

0257 СИСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ СЕРДЦА И СОСТОЯНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Гуранова Н.Н., Фазлова И.Х.
ГОУВПО «МГУ имени Н.П. Огарева», Саранск, Россия

Формирование церебральной гипертонической ангиопатии сопряжено с развитием определенной зависимости мозгового кровотока от состояния центральной гемодинамики. Нарушение сократимости сердца, включая изолированную диастолическую дисфункцию левого желудочка (ЛЖ), может оказывать дополнительное неблагоприятное гемодинамическое влияние на церебральную перфузию и прогрессирование сосудистой мозговой дисфункции.

Целью данной работы явилось изучение состояния церебральной и центральной гемодинамики у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы. Обследовано 40 больных, наблюдаемых амбулаторно в МУЗ «Поликлиника № 10», обращавшихся к кардиологу в 2007–2008гг, с диагнозом «Гипертоническая болезнь» в возрасте от 40 до 80 лет (средний возраст 60,5±10,6), среди них 30 женщин (75%) и 10 (25%) мужчин. Длительность гипертонического анамнеза составила от 2 до 40 лет, в среднем 12,4±9,5 лет. На основании степени ГБ пациенты были разделены на группы: в первую группу вошли пациенты с I степенью ГБ – 3 человека, что составило (7,5%), во вторую – пациенты со II степенью ГБ – 11 человек (27,5%), третью группу составили пациенты с III степенью ГБ – 26 человек (65%). Диагноз «Гипертоническая болезнь» у всех больных основан на повторном измерении АД, объективных и инструментальных признаков поражения органов-мишеней. Инструментальное исследование церебральной и центральной гемодинамики заключалось в проведении реоэнцефалографии (РЭГ) на реографическом аппаратно-программном комплексе «Мицар-РЕО» и эхокардиографии (ЭхоКС) по стандартной методике.

Результаты исследования. Было проанализировано состояние диастолической и систолической функции ЛЖ в зависимости от степени ГБ. При ЭхоКС диастолическая дисфункция выяв-

лена у 1 пациента (33,3%) с ГБ I степени, 8 пациентов (72,7%) – с ГБ II степени, 17 пациентов (65,5%) – с ГБ III степени. Гипертрофия ЛЖ выявлена у 1 пациента (33,3%) с ГБ I степени, 4 пациентов (36,4%) с ГБ II степени, 20 пациентов (77%) с ГБ III степени. Преобладающим типом ремоделирования была концентрическая гипертрофия ЛЖ. По результатам РЭГ оценивался уровень кровенаполнения (реографический индекс) в FM и ОМ отведении (сонные и позвоночные артерии соответственно). Для уточнения патогенетических механизмов прогрессирования церебрального поражения при ГБ были проанализированы взаимосвязи параметров церебральной и сердечной гемодинамики (реографический индекс, фракция выброса ЛЖ).

С увеличением степени ГБ наблюдается снижение уровня кровенаполнения в сонных и позвоночных артериях параллельно со снижением фракции выброса ЛЖ. Достоверного снижения уровня мозгового кровотока не наблюдалось, несмотря на уменьшение фракции выброса ЛЖ в группе больных ГБ III степени, что свидетельствовало о достаточной сохранности автономности мозгового кровообращения в изучаемых группах. Дополнительное негативное влияние на церебральную перфузию в условиях гипертонической перестройки сосудов головного мозга оказывает параллельно протекающее ремоделирование миокарда.

0258 ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ДИФФУЗНЫХ МИОКАРДИТАХ И ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Гуревич М.А., Архипова Л.В.
МОНИКИ, Москва, Россия; Кафедра терапии ФУВ, Москва, Россия

Целью являлось систематизация методов лечения сердечной недостаточности при диффузных миокардитах (ДМ) и дилатационной кардиомиопатии (ДКМП). Наблюдалось 106 больных с сердечной недостаточностью, обусловленной этими заболеваниями. Центральная гемодинамика и сократительная функция изучались на основании анализа ЭхоКГ и кривых зондирования правых отделов сердца, проводилась субэндомиокардиальная биопсия.

Общая тенденция нарушений гемодинамики при ДМ и ДКМП была однонаправленной. Она характеризовалась значительным увеличением индексов КСО и КДО - соответственно более 90 и 150 см^3/м^2, уменьшением ФВ< 40-35%, увеличением КДД в легочной артерии до 26,5±2,3 мм рт.ст., значительным повышением легочно-капиллярного давления - 25,0±7,0 мм рт.ст. и снижением СИ до 2,3±0,8 л/мин·м^2.

Неблагоприятный исход заболеваний отличался – увеличением КДО ЛЖ до 150 см3/м^2, снижением ФВ <20-25%, легочно-капиллярным давлением >20-25 мм рт.ст, СИ <2,3 л/мин·м2.

Приоритетными задачами терапии ХСН при ДМ и ДКМП являются:

1. применение средств, направленных на сокращение активного аутоиммунного миокардиального процесса;
2. применение иАПФ и АРА II (кандезартан);
3. ограниченное применение сердечных гликозидов;
4. применение негликозидных инотропных средств (левосимендан, омапатрилат);
5. назначение β- адоеноблокаторов (метопролол, карведилол, бисопролол, небиволол);
6. использование цитопротективных препаратов (предуктал мв, милдронат).

0259 ВЛИЯНИЕ СЕРЕТИДА НА ПОКАЗАТЕЛИ СПЕКТРАЛЬНО-ВРЕМЕННОГО КАРТИРОВАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ И ЖЕЛУДОЧКОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Гурижева М.В., Аттаева М.Ж., Василенко В.М., Шугушев Х.Х.
Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик, Россия

Цель: изучение влияния серетида на показатели спектрально-временных карт (СВК) предсердного и желудочкового комплексов у больных с различной степенью тяжести хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Материал и методы: В обследование был включен 61 больной ХОБЛ различной степени тяжести (37 мужчин и 24 женщины). Средний возраст обследованных составил 47,1±1,5 лет. В контрольную группу вошли 35 здоровых человек, не имеющих заболеваний дыхательной и сердечно-сосудистой системы (23 мужчин и 12 женщин, средний возраст которых составил 42,4±2,8 лет). Всем больным дважды (при госпитализации и через 2 недели приема серетида) проводился анализ СВК. Всё анализируемое пространство спектрально-временных карт предсердного и желудочкового комплексов было разделено на частотные и временные диапазоны.

Результаты: При анализе количества локальных пиков спектрально-временных карт усредненного предсердного комплекса до лечения у больных ХОБЛ в сравнении с контрольной группой выявлено преобладание пиков в высокочастотном диапазоне. В группе больных с тяжелым течением ХОБЛ количество высокочастотных локальных пиков, расположенных в средней части и в конце предсердного комплекса, было существенно выше по сравнению с больными со средней степенью тяжести. На фоне лечения серетидом на СВК предсердного комплекса отмечалось увеличение количества среднечастотных локальных пиков на всем протяжении предсердного комплекса, что может отражать усиление электрической нестабильности миокарда предсердий.

Изучение распределения локальных пиков спектрально-временных карт усредненного желудочкового комплекса в группах больных при госпитализации показало более высокое количество локальных пиков всех частот в средней и конечной частях комплекса по сравнению с контрольной группой. У больных с тяжелым течением ХОБЛ количество высокочастотных локальных пиков во временном интервале, соответствующем конечной части желудочкового комплекса, было достоверно выше по сравнению с пациентами со средней степенью тяжести. На фоне лечения серетидом на СВК желудочкового комплекса отмечалось увеличение количества низкочастотных локальных пиков расположенных в начале комплекса и среднечастотных пиков в конечной части комплекса, что также свидетельствует об нарастании неоднородности деполяризации желудочков.

Выводы: На СВК предсердного и желудочкового комплексов максимальное количество локальных пиков отмечено в группе пациентов с тяжелой степенью тяжести ХОБЛ. На фоне лечения серетидом наблюдается нарастание неоднородности деполяризации как предсердий, так и желудочков, что отражает возрастание электрической нестабильности миокарда и может служить предпосылкой к возникновению нарушений ритма сердца.

0260 СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЧЕЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Гусейнова А.А.
АзГИУВ им. А.Алиева, кафедра внутренних болезней 2 , Баку, Азербайджан

Цель. Сердечно-сосудистые заболевания - ведущая причина смертности населения и главная причина заболеваемости и смертности у больных почечно-каменной болезнью (ПКБ), осложненной хроническим пиелонефритом.

Методы. Исследовались такие параметры, как конечный диастолический диаметр левого желудочка, конечный систолический диаметр левого желудочка, фракция выброса, минутный объем, толщина задней стенки левого желудочка, межжелудочковые перегородки, размеры правого и левого предсердий, размеры митрального, трикуспидального, аортального, клапанов и легочной артерии, систолический диастолический градиент.

Результаты. Легочный кровоток был изучен у 86 больных ПКБ, осложненной ХП, а также у 36 больных ПКБ без ХП. В ка-

честве контрольной группы были обследованы 20 практически здоровых лиц. Средний возраст обследованных составил 48,0±3,66 лет (от 24х до 63х лет), среди них мужчин было 76 человек, женщин – 46. Среди больных ПКБ, осложненной ХП, мужчин было 56, а женщин – 30, а среди больных ПКБ без ХП мужчин – 20, женщин – 16. Длительность заболевания у больных ПКБ с ХП в среднем составила 6,8±3,4 лет (от 1 года до 18 лет), а у больных ПКБ без ХП – 5,6±1,3 года (от 1 до 20 лет). У больных ПКБ с ХП камни в почках были выявлены у 78 больных, а в мочеточнике – у 8 больных, причем у 25 больных камни обнаружены в левой почке, а у 22 – в правой почке, у 31 больного в обеих почках. У больных ПКБ без ХП камни в левой почке были найдены у 15 пациентов, в правой почке – у 10, в обеих почках – у 11. Все больные были распределены также на 2 группы в зависимости от наличия или отсутствия артериальной гипертензии (АГ). АГ выявлена у 62 больных ПКБ с ХП и 16 больных ПКБ без ХП (50,8% и 13,1% соответственно). Исследование легочной гемодинамики проводилось в начале обследования до лечения и через 14-18 дней после оперативного вмешательства.

Выводы. На наш взгляд, повышение сосудистой резистентности у больных ПКБ с ХП, а также возникающие сосудистые поражения легочной ткани и гипоксемия способствуют развитию ЛГ и ухудшению легочного кровотока у больных ПКБ с ХП, особенно с сопутствующей АГ. Так как АГ приводит к существенным изменениям эластичности миокарда, которая снижается при гипертрофии, фиброзе и склерозе миокарда, то это, в свою очередь, способствует развитию нарушений диастолической функции левого желудочка.

Учитывая степень проблемы, необходимы новые подходы по снижению смертности среди пациентов ПКБ для уменьшения и/или предотвращения сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности.

0261 СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ ПО ХОЛТЕРУ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И С СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИЕЙ В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БИСОПРОЛОЛОМ И ИВАБРАДИНОМ

Гусейнова И.А., Исламова У.А., Гафурова Р.М., Абдуллаев А.А., Абдуллаева А.У.
ГОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия ФАЗ СР», Махачкала, Россия

Цель: определить сравнительную эффективность ивабрадина и бисопролола в устранении ишемии миокарда и аритмий сердца у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) после перенесенного Q-ИМ.

Методы: Мы наблюдали 45 пациентов в возрасте от 41 до 66 лет (мужчин – 43) с ХСН II-III ФК по классификации NYHA и с синусовой тахикардией в покое – частота сердечных сокращений (ЧСС) более 80 в 1 мин, перенесших Q-ИМ, в течение одного месяца лечения после их выписки из стационара. Они были рандомизированы методом случайных чисел на две группы: 1-я из 22 пациентов получала на фоне стандартной терапии (аспирин, эналаприл, нитраты и другие средства по показаниям) β1-блокатор бисопролол (конкор Кор фирмы Nycomed, Норвегия) 2,5 мг/сут; 2-я из 23 пациентов, адекватная для сравнения с 1-й по возрасту, полу и характеру поражения миокарда, – блокатор If-каналов в синусовом узле ивабрадин (кораксан компании ServIer, Франция) 10-15 мг/сут (дозы титровали в обеих группах до достижения ЧСС в покое 50-60 в 1 мин).

Суточное мониторирование ЭКГ проводили с использованием компьютерной программы «DIacard» (ЗАО «Медиком», г. Москва). 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 сек считали как эпизод его снижения. Исследования проводились исходно в 16-21-й день и к концу одного месяца от начала лечения.

Результаты: У 31% 1-й и у 33% 2-й групп наблюдения при СМЭКГ исходно зарегистрирована депрессия сегмента ST, у 30% и 26% соответственно – инверсия зубца Т. Через один месяц после лечения эпизоды депрессии сегмента ST имели место у 16% первой и 25% второй групп наблюдения. Среди всех эпизодов депрессии сегмента ST безболевые составили 76%; дневные – 55% и ночные – 39%. Наджелудочковые экстрасистолы встречались у всех пациентов в обеих группах: дневные – у 41%, ночные – у 55%. Желудочковые экстрасистолы исходно в 1-й группе зарегистрированы у 85%, во 2-й – у 81%. После лечения они наблюдались в обеих группах у 59% и 72% соответственно.

Выводы: У пациентов с ХСН и с синусовой тахикардией после перенесенного

Q-ИМ лечение бисопрололом и ивабрадином в сочетании со стандартной терапией одинаково эффективно уменьшает число эпизодов депрессии сегмента ST. Однако ивабрадин менее эффективен в устранении желудочковой экстрасистолии, чем бисопролол.

0262 ЧАСТОТА РЕГИСТРАЦИИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В ПОПУЛЯЦИИ ЛИЦ ЖЕНСКОГО ПОЛА ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Гусейнова Н.И.
Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан

Цель: Изучение распространенности эхокардиографической патологии в популяции лиц женского пола 20-59 лет, проживающих компактно на территории города Сумгаит Азербайджанской Республики.

Материалы и методы: Для получения достоверных данных была сформирована репрезентативная выборка на основе метода случайных чисел. Обследование прошли 76% от окончательной выборки. Наличие симптома одышки устанавливалось на основании заполнения опросника Государственного Научно-исследовательского центра Профилактической Медицины (г.Москва). Эхокардиографическое и допплегорафическое исследование проводилось аппаратом “AVICUS” в двухмерном режиме.

Результаты: Полученные результаты свидетельствуют о том, что возрастная норма регистрировалась у 28,8%, причем с увеличением возраста этот показатель уменьшался с 66,6% в 20-29 лет до 10,1% в 50-59 лет ($p<0,001$): 6,6% больных имели систолическую дисфункцию, регистрировавшуюся на основании снижения фракции выброса менее 45%. Диастолическая дисфункция установлена у 28,8% и частота ее регистрации увеличивалась от 8,34% в 20-29 лет до 47,6% 40-49 лет ($p<0,001$). Сочетание систолической и диастолической дисфункции отмечалось у 22,03%. Наличие недостаточности митрального клапана отмечалось у 10,7%. Частота этой патологии статистически достоверно возрастала от 12,5% в 30-39 лет до 58,1% в 50-59 лет ($p<0,01$). Гипертрофическую кардиомиопатию имели 4,7% и в основном в возрасте 40-49 лет. Дилатационная кардиомиопатия отмечалась в двух случаях. Врожденный порок в виде незаращения овального отверстия был отмечен у 3,4% и опять же только у лиц 40-49 лет.

Выводы: Таким образом, установлено наличие высокого процента регистрации эхокардиографической патологии, на примере популяции женщин трудоспособного возраста.

0263 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БЕРЕМЕННЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ

Гутман Л.Б., Лукьянова И.С., Малиновская Е.С.
Государственное учреждение «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины», Киев, Россия

В последнее время значительное внимание уделяется изучению качества жизни больных с различной патологией, и даже

включение этого показателя в критерии эффективности лечения. У пациентов с сердечно-сосудистой патологией оценка качества жизни нередко проводится во взаимосвязи с показателями переносимости физической нагрузки. Существенное влияние на качество жизни оказывает и психологическое состояние пациента. Изучение этих показателей у беременных с пороками сердца (ПС) приобретает особый интерес вследствие значительных изменений параметров гемодинамики, гормонального гомеостаза.

Цель исследования: Оценить качество жизни и психологический статус (уровень тревожности) беременных с ПС в зависимости от толерантности к физической нагрузке. КЖ изучено у 90 беременных с ПС (основная группа) и 35 здоровых беременных, составивших контрольную группу, находившихся на лечении в отделении акушерской кардиологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины. Оценка КЖ проводилась по результатам Миннесотской анкеты и анкеты статуса действия Дюка. Уровень тревожности изучали по данным опросника Спилбергера-Ханина. Толерантность к ФН определяли с помощью теста с шестиминутной ходьбой. В зависимости от толерантности к физической нагрузке (по результатам теста с шестиминутной ходьбой) пациентки были разделены на три группы: 1 группу составили 30 больных, прошедших наибольшее расстояние (435,1±9,4 м), 2 - 43 беременных, преодолевших дистанцию 364,7±11,5 м, и 3 - 17 женщин с наименьшим расстоянием (247,4±5,2 м). Анализ Миннесотской анкеты и анкеты статуса действия Дюка позволил установить снижение КЖ беременных с ПС от 1 группы к 3, преимущественно за счет категорий «симптомы сердечной недостаточности» и «ежедневные ограничения физической активности». Показатель Миннесотской анкеты, который тем ниже, чем выше КЖ, у больных 1 группы составил 18,3±3,1 балла, 2 – 35,7±5,2 балла, 3 – 54,5±4,8 балла (p<0,05). Суммарный индекс анкеты статуса действия Дюка, снижающийся при ухудшении КЖ в 1 группе соответствовал 38,22±2,43 баллам, 2 – 25,52±3,24 баллам, 3- 17,75±1,32 баллам (p<0,05). При оценке психологического статуса изучали 2 вида тревожности – личностную (стойкую черту характера) и реактивную (возникающую в ответ на действие временных неблагоприятных факторов). Установлено, что в первой половине беременности для больных 1 и 2 групп характерен низкий уровень личностной тревожности, а для 3 группы - средний. При этом уровень реактивной тревожности оказался средним у больных 1 группы и высоким – во 2 и 3 группе. Исследование, проведенное во второй половине беременности, позволило установить рост реактивной тревожности у больных 1 группы, составив высокий уровень. У пациенток всех трех групп достоверной динамики личностной тревожности не отмечено. У здоровых женщин отмечены низкие показатели как личностной, так и реактивной тревожности вне зависимости от сроков беременности.

На основании полученных результатов установлено влияние многих факторов на КЖ беременных с ПС. Так, снижение толерантности к физической нагрузке ухудшает КЖ, в первую очередь за счет симптомов сердечной недостаточности и ограничений физической активности. Отмечается значительное увеличение уровня тревожности у больных с ПС в динамике беременности и по сравнению со здоровыми, что также вносит свой негативный вклад в ухудшение качества жизни этой категории пациенток. Это диктует необходимость включения в комплексную терапию мероприятий направленных на повышение толерантности к физической нагрузке и улучшение КЖ.

0264 ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ БЕЗ ПОДЪЕМА ST У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ – ЛЕТАЛЬНОСТЬ В БОЛЬНИЦЕ И В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ 1,5 ЛЕТ

Давид Л.А., Цуркан В.И., Гросу А.А.
Институт Кардиологии, Кишинев, Молдова

Цель. Изучить летальность (ЛТ) в больнице и в течение 1,5 лет после перенесенного острого коронарного синдрома без подъема ST (ОКСБ ST) у больных сахарным диабетом (СД).

Материал и методы. В исследование включили 140 больных (б-х) поступивших в Клинику Кардиологии с диагнозом ОКСБ ST с ноября 2004 по ноябрь 2005 года, 70 из них (I группа) страдали диабетом, остальные (II группа) не имели СД. На основании данных клиники, ЭКГ, уровня в крови КФК-МВ и тропонина выставляли диагноз острого инфаркта миокарда (ОИМ) или нестабильной стенокардии (НС). Наличие СД определяли по медицинской документации и/или при приеме б-м сахароснижающих лекарств (ССЛ) до госпитализации, а также при повторном выявлении в больнице уровня глюкозы в крови (УГ) натощак >7.0 мм/л. Анализировали наличие СД в анамнезе, его длительность и лечение, клинические, гемодинамические данные и УГ при поступлении, а также натощак в последующие дни. Длительность наблюдения составила в среднем 15,7± 6 месяцев после перенесенного острого коронарного синдрома.

Результаты Средний возраст включенных в исследование составил 61,2± 0,7 лет, б-ные СД были старше (63± 1 vs 59,6± 1 лет p<0,05). Среди лиц с ОКСБ ST и СД было больше женщин (40% vs 23%, p<0,05). Диагноз ОИМ и НС был установлен в 51% и 46% случаев у пациентов I группы и в 49% и 54% случаев во II группе, соответственно.

За весь период исследования ЛТ среди б-ных СД была в 2 раза выше (22,8% vs 10%, p<0,01). Больничная ЛТ диабетиков с ОКСБ ST превышала тот же показатель б-ных без СД (8,6% vs 5,7%, p>0,05), в то время как ЛТ после выписки из больницы была достоверно значительно выше у б-ных СД (14,3% vs 4,3%, p<0,01). Причиной смерти в I группе была в большинстве случаев (75%) острая или прогрессирующая сердечная недостаточность, а во II группе – повторный инфаркт миокарда (60%) и реже - сердечная недостаточность (40%). Летальность была значительно выше у диабетиков с ОИМ (33% в сравнении с 9,3% у лиц без СД, p<0,05) и не отличалась у б-ных НС обеих групп (12% vs 10,6%, соответственно).

У диабетиков с ОКСБ ST летальность коррелировала с длительностью СД (11,8± 8 vs 8,6± 1 лет, p<0,01) и его лечением до госпитализации (умерли 62,5% б-ных которые были на инсулине, 9% из принимавших таблетированные ССЛ и 20% из б-ных без лечения), а также с УГ при поступлении (16±1,5 vs 11,2± 0,6 мм/л, p< 0,01).

Выводы. Наличие СД предопределяет повышенную летальность у больных с ОКСБ ST как в период госпитализации, так и в течение 1,5 лет после острого коронарного события. Имеют значение длительность СД, его лечение и уровень глюкозы в крови при поступлении. Эти данные указывают на необходимость агрессивного лечения больных с ОКСБ ST и СД, тщательной коррекции факторов риска и уровня глюкозы крови.

0265 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У МУЖЧИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА – ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО ВОЕННОГО ОКРУГА

Давидович И.М., Афонасков О.В., Козыренко А.В., Староверова Ю.К.
ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Росздрава, 301 Окружной военный клинический госпиталь, Хабаровск, Россия

Цель исследования: изучить эпидемиологию артериальной гипертонии (АГ) и сопутствующих факторов риска у мужчин молодого и среднего возраста, офицеров Дальневосточного военного округа.

Методы исследования: обследовали репрезентативную выборку мужчин молодого и среднего возраста, военнослужащих сухопутных войск Дальневосточного военного округа. Всего отобрано для обследования 1100 человек, отклик составил 92,2% или 1014 человек. Исследование проводили специально подготовленные медицинские работники путем опроса и заполнения «Карты лица участвующего в исследовании». Полученные материалы обрабатывали с помощью специализированной компьютерной программы. Статистическую обработку проводили с применением общепринятых методик с вычислением средних значений, стандартной ошибки, критерия X2 и t – критерия Стьюдента.

Результаты: Всего в исследование было включено 1014 мужчин в возрасте от 25 до 50 лет, средний возраст 36,0±0,22 года. Все имели высшее образование. 584 (57,6%) имели командную и 430 (42,4%) штабную специальности. Артериальная гипертония была выявлена у 349 человек (34,4%). Среди включенных в исследование районов ДВО наибольшая распространенность артериальной гипертонии среди военнослужащих была в Амурской области, также на Сахалине и Курилах. Среди всех больных АГ преобладала I степень по уровню САД (246 -76,9%) и II степень по уровню ДАД (124 – 69,7%). I и II стадии АГ встречались приблизительно одинаково (187 - 53,6% и 178 – 45,3% соответственно), больных с III стадией были единичные случаи, что обусловлено увольнением данных пациентов с воинской службы. Обращало на себя внимание достаточно высокий процент (12,2%) лиц с высоким нормальным АД, причем 85% из них были в возрасте до 40 лет. Среди пациентов с артериальной гипертонией практически каждый третий был моложе 40, что могло быть обусловлено особенностями воинской службы, тем более в этом возрасте преобладали пациенты с командной военно-учетной специальностью. Среди больных АГ избыточная масса тела по оценке ИМТ наблюдалась достоверно (p=0,0001) чаще, чем среди здоровых (282 – 82,8% и 335 – 50,5% соответственно). 80,8% больных АГ курили и 41,3% имели повышенный уровень общего холестерина крови. Недостаточная физическая активность было отмечена почти у каждого 4-го пациента с АГ (91 – 26,1%). Необходимо отметить, что среди военнослужащих молодого возраста с высоким нормальным АД избыточную массу тела наблюдали в 65,4% случаев, а курение и гиперхолестеринемию в 74,1 и 82,7% наблюдений соответственно, что позволяет отнести этих людей, согласно современным рекомендациям, в группу с высоким добавочным риском по развитию сердечно-сосудистых осложнений.

Выводы: среди мужчин-военнослужащих ДВО распространенность АГ составляет 34,4%. При этом преобладают лица молодого возраста с I и II стадией заболевания и множественными факторами риска. Подобная ситуация в определенной мере могла быть обусловлена особенностями воинской службы.

0266 ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ И АУТОАНТИТЕЛА К МИОКАРДУ У ПАЦИЕНТОВ С НАДЖЕЛУДОЧКОВЫМИ ТАХИАРИТМИЯМИ

Дедкова А.А., Кологривова И.В., Суслова Т.Е., Попов С.В., Антонченко И.В.
ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель: изучить показатели воспаления у пациентов с пароксизмальными наджелудочковыми аритмиями

Методы исследования. Обследовано 95 пациентов (40 женщин и 55 мужчин) в возрасте 49,6±2,8 лет, из них у 39 диагностирована пароксизмальная фибрилляция предсердий (ПФП), у 29 – синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта (ВПУ), у 27 – атриовентрикулярная узловая тахикардия (УТ). Контрольную группу составили 30 практически здоровых добровольцев. У пациентов, взятых в исследование, ни в основном, ни в сопутствующем диагнозе не было выявлено заболеваний воспалительного характера, и стандартные лабораторные показатели воспаления были в пределах нормальных значений. Концентрацию интерлейкина-1β (ИЛ-1β) и фактора некроза опухолей-α (ФНО-α) определяли в плазме крови с помощью иммуноферментного анализа («Протеиновый контур», Санкт-Петербург, Россия). Для определения титра аутоантител к ткани сердца в плазме крови использовали метод непрямой иммунофлуоресценции (IMMCO Diagnostics, США).

Результаты. У пациентов со всеми формами тахиаритмий было выявлено увеличение содержания провоспалительных цитокинов. Наибольшее увеличение концентрации наблюдалось со стороны ИЛ-1β, его концентрация была повышена у всех обследованных пациентов с ПФП и у пациентов с синдромом ВПУ и УТ. Содержание ФНО-α у пациентов с ПФП, ВПУ и УТ также было выше, чем у здоровых добровольцев. Анализ частоты встречаемости аутоантител к ткани сердца показал достоверное увеличение частоты антифибриллярных, антисарколеммных аутоантител и антител к ядрам кардиомиоцитов в каждой группе пациентов с нарушениями ритма сердца по сравнению с контрольной группой. В наибольшем титре аутоантитела к миокарду определялись у пациентов с ПФП: максимальный титр аутоантител к фибриллярным и сарколеммным структурам миокарда составил 1:160, к структурам ядер кардиомиоцитов – 1:320.

Выводы:

1. Полученные нами данные позволяют сделать предположение, что повышенная экспрессия цитокинов при наджелудочковых пароксизмальных тахикардиях может быть связана непосредственно с патогенезом вышеуказанных аритмий и указывает на наличие субклинического воспаления.

2. Повышение аутоантител к компонентам кардиомиоцитов свидетельствует о том, что в развитии нарушений ритма сердца могут принимать участие воспалительные процессы аутоиммунного характера, даже у пациентов с синдромом ВПУ, существование которого до настоящего времени связывали исключительно с анатомическими особенностями проводящей системы сердца.

0267 PPAR-АКТИВИЗИРУЮЩИЙ АНТАГОНИСТ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Дёмин А.А., Шулятьева О.Ю.
НГМУ, Новосибирск, Россия

Цель: оценить клиническую эффективность телмисартана, нового антигипертензивного средства, антагониста рецепторов ангиотензина с доказанной частичной активацией рецепторов гамма-пероксисомного пролифератора (PPARγ) и эналаприла, ингибитора АПФ при артериальной гипертензии с метаболическим синдромом (диагностические критерии IDF, 2005).

Дизайн и методы: 50 больных (мужчины и женщины 18-65 лет) с умеренной артериальной гипертензией (в среднем, 150/92 мм Hg) были рандомизированы в группы, получающих телмисартан, 40-80 мг/сут (n-25), или эналаприл, 10-20 мг/сут (n-25), в течение 8 недель, согласно проспективному, открытому плану исследования в параллельных группах. В конце 2-недельного подготовительного периода («промывки») и после 8 недель активного лечения определяли систолическое и диастолическое АД (САД и ДАД), суточное мониторирование АД (СМАД), глюкозу плазмы натощак (ГПН), инсулин плазмы натощак (ИПН), индекс гомеостатической модели оценки инсулинорезистентности (ГОМО-ИР), гликозилированный гемоглобин (HBA1c) и липидный профиль (общий холестерин плазмы-ОХ, холестерин липопротеинов низкой плотности ХЛНП, триглицериды-ТГ).

Результаты: После 8-недельного лечения 24-часовое среднее ДАД <85 мм Hg наблюдали у 72% больных, леченных телмисартаном, но только у 48% больных, леченных эналаприлом (P<0,05). Телмисартан вызывал у больных большее снижение САД и ДАД во время последних 8 часов дозового интервала, чем эналаприл (P<0,05). Отмечено изменение метаболических показателей в конце лечения по сравнению со стартовыми параметрами. Телмисартан уменьшил ГПН на 7% (P<0,05), ИПН на 8% (P<0,05), ГОМО-ИР на 21% (P<0,05) и HbA1c на 8% (P<0,05). Значения уровней ГПН, ИПН и теста толерантности к глюкозе были также значительно снижены телмисартаном по сравнению с эналаприлом. Телмисартан значительно улучшил показатели ОХ (-17%, P<0,01), ХЛНП (-13%, P<0,01) и ТГ (-25%, P<0,05). Эналаприл не влиял на эти параметры. Частота побочных эффектов была ниже в группе телмисартана (5% против 12% на ингибиторе АПФ) с отсутствием кашля (0 против 4%).

Выводы: Высокоселективный антагонист рецепторов к ангиотензину телмисартан, в отличие от эналаприла, обеспечивает лучший 24-часовой контроль АД, включая последние 8 часов дозового интервала, а также улучшает чувствительность к инсулину и профиль липидов у гипертензивных больных с метаболическим синдромом, что может быть объяснено его частичной PPARγ-активностью.

0268 ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА ПРИ АНТИФОСФОЛИПИДНОМ СИНДРОМЕ С НЕБАКТЕРИАЛЬНЫМ ТРОМБОТИЧЕСКИМ ЭНДОКАРДИТОМ

Демин А.А., Чапаева Н.Н., Трифонова М.А.
НГМУ Росздрава, Новосибирск, Россия

Наиболее частой причиной приобретенной гиперкоагуляции аутоиммунной этиологии является антифосфолипидный синдром (АФС). Поражение сердца обнаруживается приблизительно у 40% больных АФС и включает широкий спектр проявлений, где одним из самых распространенных является клапанная патология - утолщение створок, стеноз, регургитация и формирование вегетаций (небактериальный тромботический или псевдоинфекционный эндокардит).

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей поражения сердца при АФС с небактериальным тромботическим эндокардитом (НБТЭ).

В исследование включены 28 больных АФС с НБТЭ (26 женщин, 2 мужчин), средний возраст - 44±13 года. Диагноз АФС верифицировался по критериям S. Miyakis et al. (2006). Группу сравнения составили 26 больных АФС без проявлений НБТЭ, сопоставимые по полу и среднему возрасту с исследуемой группой. Для визуализации поражения сердца применялась трансторакальная (у 100% больных) и чреспищеводная (у 86% больных) эхокардиография. Достоверность различий между группами определяли с помощью t-критерия Стьюдента.

При сравнении различных сердечно-сосудистых проявлений у больных АФС с и без НБТЭ частота стенокардии напряжения, инфаркта миокарда, дилатации полостей сердца, гипертрофии миокарда, наличия зон гипо-/гиперкинеза, внутрисердечного тромбоза не имела достоверных различий между группами ($p<0,05$). При АФС с НБТЭ достоверно чаще встречался очаговый фиброз миокарда (36% vs 8%, $p<0,05$). Кроме того, больные АФС с НБТЭ отличались статистически значимым преобладанием синдрома клапанного поражения сердца. Структурные изменения клапанов выявлялись у 100% больных и включали утолщение, уплотнение, склероз створок, наличие вегетаций, очагов кальциноза и клапанную дисфункцию различной степени – от минимальной регургитации до формирования гемодинамически значимых пороков сердца. Вегетации локализовались только на аортальном и митральном клапанах, где определялись с одинаковой частотой – 64%, оба клапана поражались в 29% наблюдений. Более чем у половины больных (64%) вегетации возникали на неизмененных клапанах сердца. В 36% было выявлено поражение клапанов вследствие перенесенной острой ревматической лихорадки (ОРЛ) или врожденный порок сердца (ВПС) – двухстворчатый аортальный клапан, что превышало частоту предшествующего поражения клапанов у больных группы сравнения ($p<0,01$).

В большинстве наблюдений НБТЭ протекал без проявлений сердечной недостаточности и обнаруживался при аускультации или эхокардиографии. Только в одном случае формирование вегетаций повлекло развитие клапанной дисфункции, потребовавшей операции протезирования клапана.

Выводы: 1. АФС с НБТЭ характеризовался абсолютным преобладанием синдрома клапанного поражения сердца. 2. Вегетации локализовались только на клапанах левых отделов сердца. 3. В большинстве наблюдений НБТЭ возникал на неизмененных клапанах, реже – на фоне врожденной (ВПС) или приобретенной (ОРЛ) патологии. 4. Для АФС с НБТЭ в целом нехарактерны деструкция клапанов и развитие недостаточности кровообращения.

0269 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ КАРВЕДИЛОЛА И МЕТОПРОЛОЛА ТАРТРАТА (IR) ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Демин А.А., Дробышева В.П., Москаленко И.В., Мелишенко В.В.
НГМУ, Новосибирск, Россия

Цель: определение клинической эффективности и безопасности применения бета-адреноблокаторов карведилола (Ведикардол, ОАО «СИНТЕЗ», Россия) и метопролола тартрата (IR) у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы: в открытое параллельное рандомизированное контролируемое исследование было включено 50 больных ХСН вследствие артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца (средний функциональный класс-ФК 2,8, фракция выброса-ФВ левого желудочка менее 45%). Больные, получавшие ранее ингибиторы АПФ, диуретики, сердечные гликозиды и бетаблокаторы (эпизодически), были рандомизированы в 2 группы с дополнительным приёмом карведилола (n-25) с целевой дозой после титрации 50 мг/сут или метопролола (n-25) с целевой дозой 100 мг/сут, и наблюдались в течение 6 мес.

Результаты: включение карведилола в схему лечения больных с ХСН сопровождалось более выраженным по сравнению с метопрололом уменьшением ФК ХСН (-0,6±0,3 против -03±0,4, соотв.), увеличением толерантности к физической нагрузке (на 30% против 20%), повышением ФВ левого желудочка (на 24% против 15%) и уменьшением объёмных показателей эхокардиографии (на 13% против 7%). АД и частота сердечных сокращений снизились на 12-15% в обеих группах. Эффект лечения был более выражен у больных с исходно более тяжелым состоянием.

Выводы: Карведилол более эффективен, чем метопролол IR, при лечении ХСН по степени улучшения клинического состояния больных, гемодинамических показателей, переносимости физических нагрузок. Однократный прием в сутки повышает приверженность пациентов к лечению карведилолом. Лечение карведилолом по сравнению с метопрололом IR может улучшить выживаемость, уменьшить количество госпитализаций и стоимость лечения при ХСН.

0270 ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ABCA1 ТРАНСПОРТЕРА В РАЗВИТИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Демина Е.П.[1], Родыгина Т.И.[1],Курьянов П.С.[2], Виноградов А.Г.[3], Денисенко А.Д.[3], Шварцман А.Л.[1]
Петербургский институт ядерной физики им. Б.П.Константинова РАН[1], Гатчина, Россия; Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова МЗ РФ[2], Санкт-Петербург, Россия; Научно-исследовательский институт экспериментальной медицины РАМН[3], Санкт-Петербург, Россия

Известно, что кассетный транспортер ABCA1 играет ключевую роль в транспорте холестерина из периферических тканей. Однако его влияние на развитие атеросклероза остается практически неизученным.

Цель исследования: Оценить вклад генетических вариантов кассетного транспортера ABCA1 и уровня экспрессии гена ABCA1 в развитие атеросклероза.

Методы. Исследование выполнено в группе пациентов с атеросклерозом, подтвержденным методом рентгеновской ангиографии (N=119) и в контрольной группе (N=305). Генетическое типирование варианта 319ins<G в 5` нетранслируемой области гена ABCA1 проводили методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) и последующего рестрикционного анализа. Для измерения уровня экспрессии гена ABCA1 была выделена кДНК из лейкоцитов крови и макрофагов у части пациентов с атеросклерозом (N=18 и N=5) и лиц, составивших контрольную группу (N=7 и N=4), и разработан метод, основанный на количественной ПЦР в режиме реального времени.

Результаты. Частота аллеля G319 гена ABCA1 в группе пациентов с атеросклерозом ниже по сравнению с контрольной группой (15,1% и 25,4% соответственно; p=0,03). Носительство аллеля G319 гена ABCA1 понижает относительный риск развития атеросклероза (OR = 0,55, df=1, (95%CI: 0,86-0,35) и ассоциировано с меньшей степенью артериального стеноза (средняя степень стеноза при отсутствии и наличии аллеля G319 3,47±0,98 и 2,75±0,68 балла, соответственно; p=0,017).

Показано снижение уровня мРНК ABCA1 в лейкоцитах пациентов с атеросклерозом по сравнению с контрольной группой (средние уровни экспрессии составили 0,63±0,28 и 0,92±0,13, соответственно) (p=0,02). В то же время в макрофагах уровень мРНК ABCA1 у пациентов с атеросклерозом был повышен по сравнению с контрольной группой (средние уровни экспрессии составили 1,32±0,11 и 0,90±0,16, соответственно) (p=0,003). В группе больных с атеросклерозом выявлено двукратное повышение уровня экспрессии гена ABCA1 в макрофагах по сравнению с уровнем экспрессии гена ABCA1 в лейкоцитах. Средние уровни экспрессии в макрофагах и лейкоцитах больных составили 1,32±0,11 и 0,63±0,28, соответственно (p=0,000026). В контрольной группе уровни экспрессии гена ABCA1 в макрофагах и лейкоцитах не различались.

Работа поддержана грантом РФФИ № 06-04-49609

0271 ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: ИНФОРМИРОВАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА

Демченко Е.А., Кутузова А.Э.
ФГУ ФЦСКиЭ им. В.А.Алмазова, Санкт-Петербург, Россия; СПб ГМУ им. акад.И.П.Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: анализ результатов индивидуальных бесед информационного и обучающего характера с больными ишемической болезнью сердца (ИБС) и работы «школы пациента с хронической сердечной недостаточностью» (ХСН).

Материалы и методы. Проспективное наблюдение за изучаемыми пациентами выполнялось не менее года. В исследование были включены 297 больных ИБС (группа ИБС) в возрасте 54±9 лет со стенокардией напряжения, преимущественно, III-IY функционального класса. На индивидуальных визитах больных группы ИБС, осуществляемых не реже 1 раза в 3 месяца, врачом-кардиологом выполнялись клиническое обследование пациентов, при необходимости - коррекция стандартной медикаментозной терапии, а также индивидуальная информирующая и обучающая беседа. Темами индивидуальных бесед являлись анатомия, физиология и патология сердечно-сосудистой системы, а также восстановительное лечение, реабилитация и самоконтроль больного ИБС. Группу ХСН составили 218 добровольных слушателей «школы пациента с ХСН» в возрасте 66±1 год. Все больные группы ХСН страдали ИБС, инфаркт миокарда в анамнезе отмечался в 30%, АГ – в 76% случаев. Общепринятая программа обучения в «школе» осуществлялась врачом-кардиологом в рамках 3 еженедельных цикловых занятий и, соответствуя темам индивидуальных бесед в группе ИБС, была адаптирована для больных с ХСН.

Результаты. Хронометраж обучающих занятий показал, что индивидуальные первичные беседы с больными ИБС занимали от 43 до 77 минут (в среднем, 59,4±11,7 минут). Повторные индивидуальные беседы в течение года наблюдения требовали 38-52 минут (в среднем, 42,4±7,5 минут). «Школьные» занятия с пациентами ХСН, также продолжались, в среднем, от 50 до 70 минут. В группе ИБС при частоте индивидуальных визитов к кардиологу 1 раз в 3-4 месяца приверженность больных к проводимому восстановительному лечению составила 80%. Более частые визиты оказались неприемлемы для стабильных пациентов, менее частые – снижали приверженность к полученным рекомендациям. Кроме того, комплаенс в группе ИБС ассоциировался с большей тяжестью течения заболевания и функциональным классом стенокардии. По сравнению с больными неосложненной ИБС, приверженность к восстановительному лечению у пациентов с ХСН была выше и составила 98% в течение года наблюдения. Тем не менее, декомпенсация ХСН - основного осложнения ИБС, стала причиной повторных госпитализаций у 17% выпускников «школы».

Выводы. Полученные результаты подтверждают эффективность и значимость регулярного обучения и информирования больных с неосложненной и осложненной ИБС, реализуемого в виде индивидуальных и групповых «школьных» занятий. Комплаенс пациентов с сердечно-сосудистой патологией ассоциируется с тяжестью функциональных нарушений основного соматического заболевания. Затрачиваемое врачом-кардиологом время на проведение запоминающегося, результативного и повышающего приверженность пациента к восстановительному лечению обучающего занятия составляет не менее 40 минут, что предполагает не только «настроенность», но и соответствующие навыки и знания у преподавателя-специалиста.

0272 МИКРОЦИРКУЛЯЦИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВЕЛОТРЕНИРОВОК

Денисова Е.А., Ефремушкин Г.Г., Петренко Т.А.
Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Целью нашего исследования было изучить влияние велотренировок в режиме свободного выбора нагрузки (РСВН) на микроциркуляцию (МЦ) и качество жизни (КЖ) у больных пожилого возраста с патологией сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы. В исследование включено 80 больных в возрасте от 60 до 90 лет (средний возраст 75,9±1,3), из них 60 мужчин и 20 женщин, которые находились на стационарном лечении в Алтайском краевом госпитале для ветеранов войн. Перенесенный инфаркт миокарда отмечен у 19% больных, гипертоническая болезнь - у 15%, сочетание ИБС + гипертонической болезни + ХСН - у 66%. Пациенты рандомизированы в группы: основная - 50 больных, которым ежедневно проводились велотренировки в РСВН и медикаментозная терапия; сравнения - 30 больных, получавших медикаментозную терапию. Длительность лечения составила в среднем 21±3день.

Состояние МЦ оценивалось методом биомикроскопии сосудов конъюнктивы при помощи щелевой лампы ЩЛ 2Б. Для количественной оценки параметров МЦ рассчитывались индексы. Сумма баллов всех изменений расценивалась как общий конъюнктивальный индекс (КИс), периваскулярных изменений – периваскулярный (КИ1), сосудистый (КИ2), внутрисосудистый (КИ3). В начале лечения показатели МЦ характеризовались периваскулярными изменениями в виде распространенного отека (у 57% больных), единичными геморрагиями (у 22%). Состояние сосудов характеризовалось извитостью (у 85% больных), неравномерностью диаметра (у 70%), сетевидными структурами (у 60%). Внутрисосудистые изменения проявлялись замедлением кровотока, сладж-феноменом во всех сосудах, микротромбами в капиллярах (у 40% больных). В конце лечения в основной группе значимо уменьшились по сравнению с исходным уровнем КИс на 32,9%, КИ1 на 74,2%, КИ3 на 57,2%, КИ2 на 1,9%. Уменьшились периваскулярный отек, геморрагии, сладж-феномен, улучшился кровоток во всех сосудах. В группе сравнения отмечалось уменьшение только КИ1, остальные показатели существенно не изменились.

КЖ оценивалось с помощью Миннесотского опросника. Больному предлагалось ответить на вопросы анкеты, оценить ограничения, возникшие в результате наличия патологии. Сумма баллов оценивалась как суммарный индекс (минимальное значение – 0, максимальное – 105). Все исследования проводились больным в начале и конце лечения. Показатели КЖ у больных обеих групп были снижены за счет ограничения физической активности, необходимости в дневном отдыхе, трудности в выполнении работы, наличия беспокойства, тревоги, снижения настроения. В основной группе после велотренировок суммарный индекс КЖ уменьшился на 16,9% (с 28,37±1,8 до 23,55±1,6 балла; p<0,05). В группе сравнения значимых изменений не произошло.

Таким образом, комплексное лечение с включением велотренировок в РСВН приводит к улучшению общего состояния МЦ, в большей степени положительные изменения касались периваскулярного и внутрисосудистого звеньев МЦ. Улучшается КЖ больных пожилого возраста с патологией сердечно-сосудистой системы, за счет повышения физической активности и эмоционального статуса.

0273 ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ДАННЫХ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ КАРДИОТРОПНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Дерева М.В., Колодийчук Е.В., Терентьева И.В.
Ставропольская государственная медицинская академия, Ставропольский краевой клинический кардиологический диспансер, Ставрополь, Россия

Цель: Провести сравнительный анализ данных эхокардиографии (ЭхоКГ) у пациентов с ИБС на фоне терапии основными группами кардиотропных препаратов в период с 2002 по 2004гг и с 2005 по 2007гг.

Методы: проведен ретроспективный анализ историй болезни 480 пациентов с ИБС: Стенокардия напряжения ФК II-III, находившихся на стационарном лечении в краевом кардиологическом центре г.Ставрополя с 2002-2007гг. Все исследуемые пациенты были разделены на три группы. Первую группу составили мужчины с ИБС (225 пациентов), вторую группу составили женщины в раннем постменопаузальном периоде (РПМП) - постменопауза от 1 года до 4 лет (55 пациенток); третью группу – пациентки в позднем постменопаузальном периоде (ППМП) - длительность постменопаузы свыше 4 лет (200 пациенток). Пациенты были обследованы согласно стандартам и получали комбинированную фармакотерапию основными группами кардиотропных препаратов: бета-адреноблокаторами, нитратами, антагонистами кальция, ИАПФ, диуретиками, антиагрегантами, кардиометаболическими средствами.

Результаты: при сравнительном анализе была выявлена динамика основных показателей ЭхоКГ в последние годы по сравнению с предыдущим периодом у пациентов с ИБС. У мужчин с ИБС средние размеры левого желудочка стали меньше по сравнению с предыдущим периодом (КДР-5,88±0,06 см и 5,71±0,08 см, p=0,04; КСР-4,22±0,06 и 3,98±0,09 см, соответственно, p=0,01), выраженность гипертрофии левого желудочка (ЗСЛЖ составила 1,02±0,01см и 0,9±0,01 см, p=0,03), степень гипертрофии МЖП (1,16±0,01 и 1,09±0,03 см, p=0,027), размеры левого предсердия (4,2±0,04 и 4,1±0,05 см, p=0,05), а также отмечалось увеличение сократительной способности миокарда (фракционное укорочение - 27,9%±0,41 и 30,2%±0,64, p=0,01).

Отмечалась достоверная положительная динамика данных ЭхоКГ также и у женщин в ППМП (уменьшились КДР с 5,57±0,05 до 5,19±0,06 см, КСР с 3,95±0,06 до 3,54±0,06 см, ЗСЛЖ с 1,02±0,01 до 0,97±0,01 см, МЖП с 1,14±0,02 см до 1,05±0,02 см, фракционное укорочение увеличилось с 29,26%±0,43 до 31,87%±0,77), хотя размеры левого предсердия и правого желудочка практически не изменились. Вместе с тем как у женщин в РПМП не отмечалось существенных изменений в показателях ЭхоКГ за анализируемые периоды.

Выводы: Таким образом, при оценке средних показателей ЭхоКГ была выявлена положительная динамика по сравнению с предыдущим периодом у мужчин с ИБС и женщин с ИБС в ППМП. Обнаруженные различия могут быть связаны с изменениями в структуре применения лекарственных препаратов для лечения ИБС. В группе женщин в РПМП не было отмечено положительного влияния применяемого фармакотерапевтического комплекса, что указывает на улучшение терапии ИБС у женщин в РПМП.

0274 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА

Деревянных Е.В., Поликарпов Л.С., Петрова М.М.
ГОУ ВПО «Красноярская государственная медицинская академии федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Красноярск, Россия

Цель исследования: изучить частоту встречаемости артериальной гипертонии, осведомленность, отношение к лечению среди медицинских работников мужчин и женщин крупной многопрофильной больницы г. Красноярска различных соматотипов.

Методы исследования. Анкетирование, антропометрия с расчетом компонентного состава массы тела, клинический осмотр, измерение артериального давления (АД). За артериальную гипертонию принимались уровни систолического АД (САД) равные и более 140 мм рт.ст. и/или равные и более 90 мм рт.ст. для диастолического АД (ДАД), а также обследуемые больные с нормальным уровнем АД получающие антигипертензивную терапию не менее двух недель. Обследовано 1230 медицинских работников мужчин и женщин в возрасте от 19 до 77 лет, охват составил 77%. Статистический анализ данных проводился с помощью пакета прикладных программ Statistika 6.0.

Полученные результаты. Среди 1230 медицинских работников мужчин и женщин, средний возраст 38,47±0,38 лет, частота встречаемости артериальной гипертонии (АГ) составила 32,8±1,34%, из них у мужчин 45,01±3,1%, у женщин 29,7±1,46% (p=0,001). С возрастом отмечалось увеличение частоты встречаемости АГ как у мужчин, так и у женщин. У женщин различных профессиональных групп (хирурги, терапевты, анестезиологи) значимых отличий в частоте встречаемости АГ выявлено не было, в то время как мужчины хирурги и анестезиологи болели чаще АГ в сравнении с терапевтами. Осведомленность о наличие АГ была выше у женщин 69,7%, против 52,2% у мужчин. В зависимости от образования врачи знали о наличии у них АГ в 84,6% случаев, средний и младший медицинский персонал 68,5%, 63,2% соответственно. У мужчин этот показатель был ниже 56,6%. При анализе отношения к лечению среди медицинских работников выявлено, что мужчины реже принимают гипотензивные, нерегулярно лечатся, хуже контролируют АД, особенно мужчины хирурги и анестезиологи. Среди женщин частота встречаемости АГ была выше у обследуемых с мегалосомным соматотипом. У мужчин с брюшным соматотипом чаще регистрировалась АГ.

Выводы:

1. Частота встречаемости АГ выше у мужчин.
2. У мужчин хирургов и анестезиологов чаще встречается АГ в сравнении с терапевтами.
3. Осведомленность, отношение к лечению АГ ниже у мужчин.
4. У женщин с АГ преобладал мегалосомный соматотип, у мужчин брюшной.

0275 РОЛЬ ГЕН ГЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЭНДОТЕЛИНА-1, ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ NO-СИНТАЗЫ В ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ КАЗАХСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ

Джолдасбекова А.У., Джусипов А.К., Байтасова Н.Б., Кушекеева Б.А.
НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, Алматы, Казахстан

Цель исследования: изучить ген генного взаимодействие полиморфизма гена END1 и гена NOS3 в развитие предрасположенности к артериальной гипертонии у лиц казахской национальности.

Материалы и методы. Нами изучены полиморфизм генов 4a/4b NOS3, Lys198Asn END1 у 120 больных артериальной гипертонией и 80 практически здоровых лиц казахской национальности, не связанные между собой узами родства, отобранными методом случайной выборки. Обследованные лица были в возрасте 30-55 лет. Исследование проводи методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с использованием олигонуклеотидных праймеров. Для анализа частотного распределения аллелей и генотипов полиморфизма изученных генов по Харди-Вайнбергу был использован критерий χ^2.

В результате анализа ген генного взаимодействия генотипов гена EDN-1 и NOS3 установлено, что сочетание генотипа AsnAsn гена EDN-1 с генотипом 4a4b гена NOS3 встречается исключительно только у больных АГ. Тогда как данное

сочетание у здоровых лиц не встречается. В то же время у практически здоровых лиц сочетание генотипа 4b4b гена NOS3 с генотипом AsnAsn гена EDN-1 встречается в 5 раза чаще по сравнению с больными. Следовательно, наличие аллели Asn гена EDN-1 в сочетании с аллелей 4a гена NOS3 встречается достоверно чаще у больных АГ в сравнении со здоровыми лицами. Напротив наличие аллели 4b гена NOS3 в сочетании с аллелей Asn гена EDN-1 достоверно чаще встречался в группе здоровых лиц по сравнению с больными АГ (χ^2=6,6; P>0,05).

Таким образом, в результате исследования выявлено прогностический «неблагоприятное» сочетание генотипов по генам EDN-1 и NOS3 у лиц казахской национальности. Одновременное сочетание аллели 4a гена NOS3 с аллелей Asn гена EDN-1 можно отнести к маркерам повышенного риска развития артериальной гипертонии у лиц казахской национальности. Это свидетельствует о наличие ген генного взаимодействия в формировании наследственной предрасположенности к АГ, а проведение подобного меж генного анализа будет способствовать более полной информации о молекулярно-генетических предрасположенностях к развитию артериальной гипертонии в данной этнической группе.

0276 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА LYS198ASN ГЕНА EDN1 РАЗВИТИЕМ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ КАЗАХСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ

Джолдасбекова А.У, Джусипов А.К., Байтасова Н.Б.
НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, Алматы, Казахстан

Целью настоящей работы явилось изучение взаимосвязи частотного распределения генотипов и аллелей гена эндотелина-1 (EDN1 LYS198ASN) с развитием гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и вариантами гипертрофии у больных артериальной гипертонией (АГ), проживающих в Казахстане.

Материалы и методы. 120 пациентов казахской национальности с АГ 2-3 степени, риск 2-4 степени и 80 практически здоровых лиц без клинических признаков сердечно-сосудистых нарушений, несвязанные между собой узами родства, отобранными методом случайной выборки. Всем обследованным проведен анализ полиморфизма LYS198ASN гена EDN1 методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), с использованием олигонуклеотидных праймеров. Анализа частотного распределения аллелей и генотипов полиморфизма гена EDN1 по Харди-Вайнбергу оценивали с помощью критерий χ^2.

Результаты. Нами изучено частотное распределение генотипов и аллелей гена EDN1 у больных АГ в зависимости наличия и отсутствия ГЛЖ. Частотное распределение генотипов гена EDN1 у больных артериальной гипертонией с ГЛЖ оказался следующим: LysLys–46,8%, LysAsn–35,1%, AsnAsn–18,1%, соответственно, напротив, при отсутствии ГЛЖ: LysLys–76,9%, LysAsn–13,8%, AsnAsn–9,3%, разница статистически значимая (χ^2= 9,92; P=0,007). Распределение аллелей гена EDN1 у больных АГ с ГЛЖ: Lys-64% и Asn-36%, значительно отличались при отсутствии ГЛЖ: Lys–83,3% и Asn–16,7% (χ^2=6,67; P=0,01). Сравнительный анализ частот генотипов и аллелей полиморфного маркера у пациентов с различными геометрическими формами ЛЖ показало, что среди больных с концентрическим ГЛЖ достоверно чаще встречались гомозиготы по аллелю Lys (χ^2= 10,8; P=0,001).

Таким образом, носительство генотипа AsnAsn и аллели 198Asn гена эндотелина-1 у больных АГ, казахской национальности ведет к развитию гипертрофии левого желудочка, в частности, концентрической ГЛЖ. Тогда как генотип LysLys является протективным генотипом в отношении развития ГЛЖ в данной этнической группе.

0277 АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА b-ФИБРИНОГЕНА С РАЗВИТИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЛИЦ КАЗАХСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Джолдасбекова А.У., Джусипов А.К., Байтасова Н.Б.
НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, Алматы, Казахстан

Целью настоящей работы явилось изучение частотного распределения генотипов и аллелей гена β-фибриногена (FGB G-455A) у больных артериальной гипертонией (АГ) в молодом возрасте, в частности до 45 лет, и практически здоровых лиц казахской национальности.

Материалы и методы. В возрасте до 45 лет обследовано 74 пациентов казахской национальности с АГ 2-3 степени, риск 2-4 степени и 80 практически здоровых лиц без клинических признаков сердечно-сосудистых нарушений, не связанные между собой узами родства, отобранными методом случайной выборки. Всем обследованным проведен анализ полиморфизма G-455A гена FGB методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), с использованием олигонуклеотидных праймеров. Анализа частотного распределения аллелей и генотипов полиморфизма гена FGB по Харди-Вайнбергу оценивали с помощью критерий χ^2 .

Результаты. Нами изучено частотное распределение генотипов и аллелей гена FGB у больных АГ и практически здоровых лиц казахской национальности в молодом возрасте, до 45 лет. Частотное распределение генотипов и аллелей гена FGB у больных артериальной гипертонией оказался следующим: GG – 46,2%, GA – 26,9%, AA- 26,9%; G - 59,6% и A - 40,4%, соответственно. Распределение частот генотипов и аллелей гена FGB у практически здоровых лиц было иным: GG - 65%, GA - 35%, AA - 0%; G - 82,5% и A - 17,5%, соответственно. Сравнительный анализ частотного распределения генотипов и аллелей гена FGB между больными АГ в возрасте до 45 лет и практически здоровыми лицами показал, что распределение генотипов (GG, GA, AA) гена FGB в группе больных достоверно отличался от практически здоровых лиц (χ2 = 11,81; P=0,002). Аллель A достоверно чаще встречался в группе больных АГ в возрасте до 45 лет (χ^2 =8,68, P=0,009).

Таким образом, полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что носительство AA генотипа и A аллели гена FGB являются молекулярно-генетическими маркерами предрасположенности к развитию артериальной гипертонии у лиц казахской национальности в возрасте до 45 лет.

0278 ИЗУЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К РАЗВИТИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В КАЗАХСТАНЕ

Джолдасбекова А.У., Джусипов А.К., Байтасова Н.Б., Кушекеева Б.А.
НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, Алматы, Республика Казахстан

Целью настоящей работы явилось изучение взаимосвязи полиморфизма генов-кандидатов предрасположенности к развитию артериальной гипертонии у лиц казахской национальности.

Материалы и методы. Нами изучены полиморфизмы генов 4a/4b NOS3, C677T MTHFR, G/A FGB, Lys198Asn END1 у 120 больных артериальной гипертонией и 80 практически здоровых лиц казахской национальности, не связанные между собой узами родства, отобранными методом случайной выборки. Обследованные лица были в возрасте 30-55 лет. Исследование проводи методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с использованием олигонуклеотидных праймеров. Для анализа частотного распределения аллелей и генотипов полиморфизма изученных генов по Харди-Вайнбергу был использован критерий χ^2.

Среди частотного распределения генотипов и аллелей генов: 4a/4b NOS3, C677T MTHFR, G/A FGB у больных артериальной гипертонией и практически здоровых лиц достоверных различий не обнаружено, кроме генов 4G/5G PAI-1, Lys198Asn END1. Так при частотном распределение генотип 5G5G и аллель 5G полиморфизма гена PAI-1 преобладал у больных артериальной гипертонией по сравнению со здоровыми лицами, и это различие было достоверным (χ^2=15,2, P=0,0005; χ^2=8,99 , P=0,003, соответственно).

При сравнении частотного распределения генотипа и аллеля гена END1 между группами больных артериальной гипертонией и здоровыми лицами казахской национальности установлено, что у больных частота генотипа AsnAsn и аллеля Asn достоверно выше, чем частота данного генотипа и аллеля в группе здоровых лиц (χ^2=13,81, P=0,0001; χ^2=7,27, P=0,007, соответственно).

Таким образом, исследования, проведенные в Казахстане, позволяют сделать вывод о том, что генотипы 5G5G, AsnAsn и аллели 5G, Asn гена PAI-1 и гена END1, соответственно, являются молекулярно-генетическими маркерами предрасположенности к развитию артериальной гипертонии у лиц казахской национальности.

0279 ЦИСТАТИН С И ПРЕДИКТОРЫ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Джунусбекова Г.А.
НИИ кардиологии и внутренних болезней, Алматы, Казахстан

Цистатин С (ЦисС) – альтернативный маркер почечной функции. В последние годы изучается возможность использования определения ЦисС как одного из возможных предикторов атеросклероза, сердечной недостаточности, сердечно-сосудистой смертности.

Цель исследования: установление возможной взаимосвязи сывороточной концентрации ЦисС с традиционными предикторами кардиоваскулярных осложнений у больных артериальной гипертонией (АГ).

Материал и методы: в исследование включено 65 больных эссенциальной АГ II-III степени, высокого риска (28 мужчин/37 женщин, средний возраст 51,3±2,5 года, средняя продолжительность АГ 12,7±3,4 года). В качестве группы контроля было обследовано 20 здоровых лиц сопоставимого возраста и пола. Уровень ЦисС определяли иммуноферментным методом с помощью набора BioVender Humen Cystatin C ELISA. Проводилось суточное мониторирование артериального давления. Оценивалась толщина интимы/медии общей сонной артерии (ТИМ ОСА); индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ); липидный спектр; прирост диаметра плечевой артерии на фоне реактивной гиперемии (Δрг); уровень микроальбуминурии (МАУ) радиоиммунологическим методом. Статистическая обработка полученных результатов производилась с использованием программы «SPSS 12.0 for Windows». Данные представлены в виде M± m. Достоверными считали различия при p<0,05.

Результаты: сывороточный уровень ЦисС значимо преобладал у больных АГ в сравнении с группой контроля (1389±48,5 и 1128±43,4 пг/мл соответственно; p=0,004). Кроме того, среди больных АГ концентрация ЦисС была повышена при наличии МАУ (n=17) в сравнении с группой (n=48) с нормальной экскрецией альбумина (1445±49,5 и 1234±56,7 пг/мл соответственно; p=0,03), у пациентов (n=24) с дисфункцией эндотелия (Δрг <10%) в сравнении с больными (n=31), имеющими Δрг >10% (1508±72,4 и 1319±58,5 пг/мл соответственно; p=0,045). Различий уровня ЦисС у пациентов с АГ в зависимости от выраженности других указанных предикторов кардиоваскулярных осложнений не обнаружено. При этом проведенный корреляционный анализ показал наличие значимой связи между уровнем ЦисС в сыворотке крови и ИММЛЖ (r=0,62; p=0,002), а также с ТИМ ОСА (r=0,44; p=0,01).

Выводы: полученные результаты позволяют рассматривать концентрацию ЦисС в сыворотке крови в качестве маркера тяжести сердечно-сосудистых и почечных нарушений у больных АГ.

0280 ПОКАЗАТЕЛИ ПУЛЬСОВОГО ДАВЛЕНИЯ В ОСТРОЙ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОБЕ И ПРИ КУРСОВОМ ЛЕЧЕНИИ КАРВЕДИЛОЛОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Дзизинский А.А., Протасов К.В., Федоришина О.В., Захарова Е.Г., Протасова В.А.
ГОУ ДПО «ИГИУВ Росздрава», Иркутск, Россия

Цель: оценить динамику пульсового давления (ПАД) в острой фармакологической пробе (ОФП) и при курсовом лечении карведилолом у пациентов с артериальной гипертонией (АГ).

Методы: обследовано 76 пациентов с АГ II-III стадии (мужчины 34%, средний возраст 66,0±13,2 лет). На момент начала исследования больные получали комбинированную антигипертензивную терапию, за исключением β-адреноблокаторов. Всем больным проводили 48-часовое непрерывное мониторирование артериального давления (АД) (Meditech Cardio Tens-01, Венгрия). По окончании первых суток исследования на фоне продолжающегося мониторирования перорально назначали карведилол в суточной дозе 12,5 мг (по 6,25мг в 9 и 21 час). Далее 43 пациента из этой группы (16 мужчин и 27 женщин, средний возраст 66,0±11,4) продолжили курсовое лечение карведилолом в течение 2 месяцев, после чего было проведено суточное мониторирование АД (Meditech Cardio Tens-01, Венгрия). Рассчитывали и сравнивали средние показатели ПАД и вариабельность ПАД в первые (до начала приема препарата), вторые сутки мониторирования на фоне приема первой дозы карведилола и после курсового лечения в течение 2 месяцев по критериям Вилкоксона и Манна-Уитни.

Результаты: на фоне приема первой дозы карведилола уменьшились среднесуточные и среднедневные показатели ПАД (4,2%, p<0,0001 и 3,6%, p=0,003 соответственно) и вариабельность ПАД (4,4%, p=0,02 и 5,2%, p=0,03 соответственно). Так же снизилось средненочное ПАД (4,2%, p=0,03), вариабельность ПАД ночью не изменилась. Отмечалась аналогичная динамика этих показателей и после курсового лечения карведилолом в течение 2 месяцев: среднесуточные и среднедневные показатели ПАД снизились (6,0%, p=0,001 и 6,1%, p=0,001 соответственно) и вариабельность ПАД (16,0%, p=0,006 и 16,7%, p=0,04 соответственно). Так же снизилось средненочное ПАД на 11,3% (p=0,01), вариабельность ПАД ночью не изменилась.

Выводы: в ОФП, наряду с имеющимся гипотензивным эффектом, выявлена способность карведилола дополнительно снижать уровень ПАД, что более отчетливо выявляется при курсовом лечении. Вариабельность ПАД уменьшается на фоне стартового лечения карведилолом и в большей степени при курсовом лечении.

0281 ОСОБЕННОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ АКТИВНОМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ И ПОСТТУБЕРКУЛЁЗНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЛЁГКИХ

Дитятков А.Е., Кобахидзе Н.И., Радзевич А.Э., Тихонов В.А.
ГУЗ ПТКД № 12, Москва, Россия

С целью изучения параметров центральной гемодинамики наблюдали две группы лиц, из них у 61 (первая группа) был активный туберкулёз лёгких, у 42(вторая группа) излеченный процесс с большими посттуберкулёзными изменениями в виде пневмофиброза и множественных плотных очагов. По возрастно-половому составу и распространённости процесса группы были сопоставимы. Всем больным наряду с клиническим обследованием проводили спирометрию, ЭКГ и ЭхоКГ исследование. Лёгочную недостаточность на основании клинико-спирометрических данных установили у 50 (81,9%) человек при активном процессе и у 24(64,3%) -

излеченных лиц. Изменения на ЭКГ у больных первой группы проявлялись депрессией сегмента ST, отрицательным зубцом Т, а также признаками, указывающими на возможное поражение правых отделов сердца, высокий остроконечный Р, P>T во II и III стандартных отведениях, S-тип ЭКГ, блокада правой ножки пучка Гиса, вертикальное положение или смещение вправо ЭОС. Сочетание 2–4 ЭКГ-признаков поражения правых отделов сердца установили у 11(18,0%) больных в первой группе и у 7 (16,6%) пациентов во второй. При эхокардиографии функция левого желудочка (ЛЖ) у больных с активным туберкулёзом лёгких характеризовалась сниженной сократительной способностью, о чём свидетельствовало повышение его конечного систолического объёма (КСО) и сниженной фракцией выброса. Отмечали также повышение конечного диастолического объёма ЛЖ (КДО). При этом ударный индекс и сердечный индекс были нормальными. Снижение сократительной способности ЛЖ и тенденцию к системной гипотонии объясняли кардиотоксическим действием туберкулёзной интоксикации. На фоне специфического лечения и исчезновения интоксикации наблюдали нормализацию функции ЛЖ. Параметры правого желудочка (ПЖ) у больных с активным туберкулёзом лёгких характеризовались также повышением конечных размеров, что объясняли наряду с воздействием интоксикации, формированием хронического лёгочного сердца (ХЛС). Последнее подтверждалось лишь частичным улучшением его гемодинамики на фоне противотуберкулёзного лечения. У лиц с посттуберкулёзными изменениями функция ЛЖ была нормальной. Функция ПЖ характеризовалась повышением КДР, что, как и гипертрофию, считали признаком ХЛС. При этом частота дилатации ПЖ (35,7%) превышала частоту его гипертрофии (9,5%), что объясняли небольшой толщиной его стенки по сравнению с ЛЖ и меньшей устойчивостью к растяжению при повышении внутриполостного давления.

Таким образом, центральная гемодинамика у больных активным туберкулёзом лёгких характеризуется нарушением функции обоих желудочков, а у лиц с излеченным процессом, признаками нарушения функции ПЖ. Этот факт обосновывает применение дифференцированной кардиальной терапии на различных этапах излечения больных туберкулёзом лёгких при нарушениях центральной гемодинамики.

0282 ДИСПЕРСИЯ ИНТЕРВАЛА QT, ПОЗДНИЕ ПОТЕНЦИАЛЫ ЖЕЛУДОЧКОВ, ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С РАННИМИ СТАДИЯМИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Дмитриева М.К., Яковлев Д.И.
Государственная медицинская академия, Областная клиническая больница №2, Оренбург, Россия

Цель работы: оценить дисперсию интервала QT (Q-Td), показатели ЭКГ высокого разрешения (ЭКГ-ВР), вариабельность сердечного ритма (ВСР) у больных ишемической болезнью сердца с ранними стадиями сердечной недостаточности.

Материалы и методы: Обследовано 30 мужчин в возрасте от 40 до 65 лет с ранними стадиями хронической сердечной недостаточности на фоне ишемической болезни сердца. Все пациенты получали ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, антиагреганты, статины. Проводилась оценка клинического статуса пациентов и эхокардиографическое исследование.

Величина Q-Td измерялась автоматически на кардиокомплексе Shiller – 200 как разница между максимальной и минимальной величинами интервала Q-T, найденными по всем 12 отведениям. Патологическими считались значения Q-Td более 80 мс. Регистрация показателей ВСР производилась на аппаратно-программном комплексе компьютерной ритмокардиографии АПК-РКГ, примерно в одно и то же время суток. Регистрировались 5-минутные записи ритма сердца в покое и в ходе выполнения активной ортостатической пробы, на фоне отмены препаратов с вегетотропным действием. Определялись временные (RR-средняя величина межсистолического интервала, ARA- амплитуда дыхательной аритмии) и спектральные (HF%, LF%, VLF%-доля коротких, средних и длинных волн в общем спектре колебаний сердечного ритма) показатели ритма сердца. С целью выявления ППЖ применялась методика M.B. Simson (1983). Исследования проводились на 12-канальном кардиографе «Инкарт-ЭКГВР» с последующим компьютерным анализом данных.

Результаты: По данным ЭКГ-ВР поздние потенциалы желудочков (ППЖ) выявлены у 16,2% пациентов, у 3,3% обследуемых мужчин ППЖ возможны.

Установлено, у 15% больных с ранними стадиями хронической сердечной недостаточности на фоне ишемической болезни сердца наблюдается увеличение Q-Td. Q-T дисперсия составляет более 80 мс.

По данным ритмографии у 86,7% пациентов исследуемой группы выявлено преобладание симпатического отдела вегетативной нервной системы в регуляции сердечного ритма и снижение активности парасимпатической системы.

Заключение: У больных ишемической болезнью сердца с ранними стадиями хронической сердечной недостаточности были выявлены поздние потенциалы желудочков, превышение параметров дисперсии интервала Q-T, преобладание симпатического отдела вегетативной нервной системы в регуляции сердечного ритма, что свидетельствует об электрической нестабильности миокарда у данной категории больных и необходимости проведения дальнейшего исследования и анализа этих показателей для более точного прогнозирования аритмических событий у больных с начальными проявлениями хронической сердечной недостаточности.

0283 ХАРАКТЕР ОСЛОЖНЕНИЙ И ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Дмитриенко С.В., Болдинов И.А., Усков В.М., Усков М.В.
Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Проведение эпидуральной блокады в нашем исследовании характеризовалось небольшим числом развития осложнений и побочных эффектов. Частота их возникновения и выраженности зависит от уровня проведения эпидуральной блокады и вида наркотической анальгезии.

Основными побочными эффектами при проведении эпидуральной анальгезии наркотическими анальгетиками были кожный зуд, задержка мочеиспускания, тошнота и рвота. У одного пациента развилась отсроченная депрессия дыхания, потребовавшая вспомогательной вентиляции легких. Практически все побочные эффекты развились при применении морфина.

Осложнений со стороны нервной системы у больных, которым проводилась эпидуральная блокада, не наблюдалось. Центральная депрессия дыхания была у пациента 68 лет, которому была проведена грудная эпидуральная блокада морфином. Депрессия возникла через 8 часов после введения препарата и потребовала вспомогательной вентиляции легких в течение 2-х часов. у других больных с эпидуральной блокадой клинически значимой депрессии дыхания не наблюдалось. Этот результат мы объясняем использованием оптимального отношения концентрация/объем наркотических анальгетиков при введении в эпидуральное пространство. Известно, что с увеличением концентрации за счет уменьшения объёма происходит ускорение анальгезии, тогда как продолжительность ее увеличивается. Но при этом отмечаются более выраженная депрессия дыхания.

У трех больных, получивших эпидурально морфин, отмечена транзиторная задержка спонтанного мочеиспускания, потребовавшая однократной катетеризации мочевого пузыря, у 5 больных - кожный зуд, который локализовался в области лица, шеи и проходил самостоятельно через 6-8 часов, у 2-х больных - тошнота и рвота. У одного больного, длительное время страдавшего от аденомы предстательной железы, на фоне проведения эпидуральной блокады морфином развилась острая задержка мочеиспускания, потребовавшая сначала катетеризации, а впоследствии наложения цистостомы. Среди больных, которым произ-

водилась эпидуральная блокада промедолом, только один пациент жаловался на тошноту и рвоту. При этом следует отметить, что у пациента был задне-базальный (диафрагмальный) инфаркт миокарда, для которого вообще характерны подобные расстройства диспепсического характера.

В 3-й группе у 2-х больных, страдающих длительное время от аденомы предстательной железы, также развилась острая задержка мочеиспускания. Это осложнение довольно часто встречается в первые дни развития инфаркта миокарда у данного контингента больных. Развитию острой задержки мочеиспускания значительно способствуют постельный режим, назначение наркотических анальгетиков, атропина и некоторых других лекарств.

Таким образом, при сравнении клинического эффекта эпидурального введения промедола и морфина видно, что скорость наступления анальгезии, ее длительность и выраженность примерно одинаковы у обоих препаратов. В то же время при применении промедола отмечается меньшее число характерных для морфина побочных эффектов.

0284 ЗНАЧЕНИЕ ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА И ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

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

Цель исследования: изучение распространенности отдельных факторов риска (ФР) и поражения органов-мишеней (ПОМ) у больных гипертонической болезнью (ГБ) для оптимизации профилактических программ.

Методы: исследование проводилось на базе отделения профилактики и реабилитации ГУЗ «Кардиологический диспансер» г. Иваново и включало определение в крови уровня общего холестерина (ОХС), ЛПНП, ЛПВП, триглицеридов, количественное определение С-реактивного белка турбидиметрическим методом, микроальбуминурии (МАУ), ЭхоКГ, дуплексное сканирование сонных артерий, определение скорости распространения пульсовой волны (СРПВ).

Результаты: обследовано 52 пациента с ГБ (24 мужчины и 28 женщин) в возрасте от 22 до 64 лет (средний возраст - 45,1±7,5). Семейный анамнез ранних ССЗ выявлен у 60%, гиподинамия выявлена у 50% лиц уровень ОХС выше 6,5 ммоль/л у 23%, абдоминальный тип ожирения у 19,2% обследованных, курение – в 11,5% случаев. У 57,7% пациентов выявлено сочетание 3х и более факторов риска, и как следствие определен высокий риск сердечно - сосудистых осложнений (ССО). Очень высокий риск ССО имели 7,7% пациентов с 3 степенью АГ в сочетании с ПОМ или тремя и более ФР. ПОМ выявлено у 75% обследованных пациентов. Наиболее частым вариантом явилось увеличение толщины комплекса «интима-медиа» (ТИМ) ≥0,9мм или наличие атеросклеротических бляшек в сонных артериях - у 71,8% пациентов, МАУ выявлена у 43,6% пациентов, такие параметры как увеличение индекс массы миокарда ≥125г/м^2 для мужчин и ≥110 г/м^2 для женщин имели место у 28,2% обследованных, увеличение СРПВ по сосудам эластического типа более 9 м/с выявлено у 5,8% обследованных, ЭКГ-признаки гипертрофии левого желудочка (индекс Соколова-Лайона ≥38мм, Корнелльское произведение ≥2240 ммхмс) встречались значительно реже - у 5,1% пациентов. Сочетание различных признаков ПОМ встречалось у 69,2% обследованных.

Выводы: для оптимизации профилактических программ необходимо учитывать большую распространенность таких модифицируемых ФР как гиподинамия, гиперхолестеринемия, абдоминальный тип ожирения. Сведения о встречаемости ПОМ позволят усовершенствовать алгоритм обследования пациентов с ГБ в амбулаторно-поликлиническом звене здравоохранения.

0285 ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЛИПИДОКИСЛЯЮЩИХ КАТАЛИТИЧЕСКИХ АНТИТЕЛ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА.

*Довгалевский П.Я., Чалык Н.Е., Клочков В.А., Ансимова О.М., Саджая Л.А., I.Petyaev *.*
ФГУ Саратовский НИИ кардиологии, Саратов, Россия; Cambridge Theranostics Ltd. *, Кембридж, Великобритания

Новым в изучении влияния хламидийной инфекции на патогенетические звенья атеросклероза является открытие разновидности анти-хламидийных антител, обладающих ферментативными липидокисляющими свойствами - так называемых эбзаймов (от англ. abzymes = antibodies + enzymes), которые активно участвуют в процессе образования атеросклеротических бляшек. Лабораторная диагностика определения активности эбзаймов проводится по изменению уровня малонового диальдегида (МДА), являющимся проверенным индикатором перекисного окисления липидов, при добавлении к сыворотке больного ишемической болезнью сердца (ИБС) стандартизованного хламидийного антигена.

Целью нашего исследования было изучение влияния гиполипидемической терапии препаратом из группы статинов – розувастатином - на уровень эбзаймов к Chlamydia pneumoniae у больных ишемической болезнью сердца. Параллельно исследовался липидный профиль сыворотки крови: уровень общего холестерина (Хс), холестерина липопротеинов низкой (ЛПНП) и высокой (ЛПВП) плотности, а также триглицеридов (ТГ).

Под нашим наблюдением находилось 28 больных хронической ИБС (23 мужчины и 5 женщин) в возрасте от 47 лет до 66 лет, со стабильной стенокардией II–III функциональных классов, у которых определяли исходный уровень МДА. Факт хронического инфицирования C. pneumoniae подтверждался серологически (наличие в сыворотке антихламидийных антител класса IgG в титре более 1:64). Средний исходный уровень МДА составил 212 мкМ/мл, среднее значение показателя после добавления антигена было равным 259 мкМ/мл (что соответствовало среднему отклонению в + 47 мкм/мл), что однозначно указывало на наличие анти-хламидийных антител в сыворотке больных ишемической болезнью сердца. Уровень Хс в группе был равен 223 мг/дл, ЛПНП - 130 мг/дл, ЛПВП – 39 мг/дл, ТГ – 133 мг/дл.

Курс лечения проводился розувастатином в дозе 10 мг на ночь в течение 8 недель, после его окончания повторно определялось изменение активности перекисного окисления липидов в ответ на диагностический хламидийный антиген и показатели липидного спектра. После проведенного лечения уровень Хс составил 160 мг/дл, ЛПНП – 110 мг/дл, ЛПВП – 41 мг/дл, ТГ – 92 мг/дл. уровень МДА практически не изменился – 209 мкМ/мл, (после добавления хламидийного антигена – 249 мкМ/мл, среднее значение отклонения снизилось недостоверно - 40 мкм/мл).

Таким образом, можно сделать вывод, что, несмотря на положительное влияние терапии розувастатином в дозе 10 мг на липидный обмен больных ИБС, действие его на интенсивность перекисного окисления липидов и количество липидокисляющих антител в указанной дозе практически не отмечается.

0286 ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ

Докина Е.Д., Антонова М.А., Алексеева Л.А.
ФГУ «Поликлиника № 1» Управления делами Президента РФ, Москва, Россия

Цель: изучить распространенность и этиологию легочной гипертензии (ЛГ) у пациентов, которые наблюдаются в условиях поликлиники.

Материал и методы исследования: Методом сплошной выборки изучены протоколы 6200 Эхо-КГ исследований, выполненных у больных в возрасте от 18 до 93 лет за 2004-2007гг. Все пациенты длительно наблюдались в поликлинике с ежегодным диспансерным обследованием и активным наблюдением при выявлении

сердечно-сосудистых заболеваний. Эхо-КГ исследования проводились на аппарате En Visor CHD. Оценивались размеры камер сердца, диаметр легочной артерии на уровне фиброзного кольца, диаметр нижней полой вены, состояние клапанов сердца, систолическое давление в легочной артерии. Для последующего анализа отобраны протоколы, в которых зарегистрирована различная степень ЛГ, по данным Эхо-допплерографии. Критерием ЛГ считали давление в легочной артерии более ≥28 мм рт.ст. Первую степень ЛГ диагностировали при систолическом давление в легочной артерии от 28 до 49 мм рт.ст., вторую степень – при давлении 50-89 мм рт.ст., третью степень – при давлении > 80 мм рт.ст. По материалам историй болезни пациентов с ЛГ анализировался анамнез, клинические проявления заболевания, лекарственная терапия.

Полученные результаты: У 38 (0,6%) из 6200 обследованных выявлена различная степень ЛГ. Преобладали пациенты в возрасте от 70 до 84 лет. Средний возраст пациентов составил 74,8 лет. Среди пациентов с ЛГ было 24 мужчины и 14 женщин. Длительность наблюдения в поликлинике у 3/4 пациентов превышала 10 лет. У 30 пациентов исследуемой группы регистрировалась ЛГ первой степени. Вторая и третья степень ЛГ выявлена у 8 больных.

Причиной ЛГ у трети больных являлась хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Сочетание ХОБЛ и ишемической болезни сердца (ИБС) диагностировано у половины пациентов. Крупноочаговый постинфарктный кардиосклероз выявлялся у 3 больных. Пороки сердца и тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) являлись причиной ЛГ у 7 пациентов (митральный порок - 4, аортальный - 3). Хроническая сердечная недостаточность II б стадии наблюдалась у 17 больных.

Медикаментозное лечение пациентов с ЛГ включало антагонисты кальция у 7, варфарин – у 13 больных (5 - с посттромбофлебитическим синдромом, 6 - с мерцательной аритмией, 2 с сочетанной патологией). Диуретики применяли 20 пациентов, в том числе тиазидные – 3, петлевые – 13, сочетание тиазидных с петлевыми диуретиками - 4 больных. Все пациенты со второй и третьей степенью ЛГ получали петлевые диуретики.

Выводы: Распространенность ЛГ у пациентов поликлиники составляет 0,6%. Преобладание ХОБЛ среди причин ЛГ у лиц пожилого и старческого возраста и уточнение роли перенесенной ТЭЛА в ее развитии диктует необходимость динамического допплер-Эхо-КГ исследования с оценкой давления в легочной артерии не только при пороках сердца, ИБС, но и при ХОБЛ, а также после перенесенной ТЭЛА.

0287 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА, УРОВНЯ ДЕПРЕССИИ У ЛИЦ ПОСЕЛКА АЭРОПОРТ

Докшин М.С., Яшина Л.М.
Клиника ГОУ ВПО ЧелГМА Росздрава, Челябинск, Россия

В России более 30 крупных и 100 малых аэропортов. К основным неблагоприятным факторам от рядом расположенного аэропорта относят шум и вибрацию, которые играют ведущую роль в развитие депрессии. В настоящее время не изучен вопрос о распространенности депрессии у жителей, проживающих рядом с взлетно-посадочными полосами аэропортов.

Цель исследования: изучить распространенность депрессии и основных факторов кардиоваскулярного риска у лиц, проживающих в поселке Аэропорт.

Материалы и методы. Проведено сплошное эпидемиологическое обследование 2037 жителей поселка Аэропорт в возрасте 18 - 65 лет (мужчин - 916, женщин - 1121 человек), что составило 91% от числа подлежащих обследованию. Средний возраст - 45,5±3,4 лет. Изучена распространенность артериальной гипертензии (АГ), избыточной массы тела, абдоминального ожирения, статуса курения, гиперхолестеринемии (ГХС), уровня депрессии у жителей поселка Аэропорт.

В качестве контроля методом случайных чисел была сформирована группа из 127 человек в возрасте 18 – 65 лет (мужчин – 60, женщин – 67 человек), проживающих в этом же районе, но, в отличие от основной группы, в отдалении на > 14 км от взлетно-посадочной полосы аэропорта. Средний возраст группы - 42,4±3,7 лет. Исследование факторов кардиоваскулярного риска проводилось по критериям ВОЗ. АГ устанавливали при систолическом артериальном давлении (САД) ≥140 мм рт.ст. и/или диастолическом артериальном давлении (ДАД) ≥90 мм рт.ст., либо при условии приема гипотензивных препаратов при нормальном артериальном давлении (АД) в течение последних двух недель. Индекс массы тела (ИМТ) ≥25,0 кг/м^2 считался избыточной массой тела. Абдоминальным ожирением считали, если окружность талии у мужчин была ≥94 см, у женщин - ≥80 см. ГХС считался уровень ≥5,0 ммоль/л. Регулярно курившим относили лиц, выкуривающих хотя бы одну сигарету (папиросу, трубку) ежедневно, а также пациентов, бросивших регулярное курение менее 12 месяцев назад. Уровень депрессии оценивался по шкале CES-D (Classified depressing of psychiatry,1997). Сумма баллов ≥26 считалась как клинически выраженная депрессия, 19–26 - пограничное состояние. Статистический анализ проводили с применением программы SPSS версия 7.0.

Результаты исследования. Распространенность АГ у жителей поселка Аэропорт составила 49,0±2,3%, избыточная масса тела – 58,0±1,4%. Абдоминальное ожирение регистрировалось у 30,0±4,2%. ГХС была выявлена у 58,0±2,5%. Депрессии были подвержены 31,0±3,2% жителей посёлка Аэропорт. Доля курящих составила 49,0±3,1%.

В группе сравнения распространенность АГ составила 36,0±4,1%, избыточная масса тела - 41,0±3,2%. Абдоминальное ожирение регистрировалось у 20,0±6,7%. ГХС была выявлена у 48,0±3,5%. Депрессии были подвержены 24,0±4,7%. Доля курящих составила 46,0±3,7%.

Таким образом, выявлена высокая распространенность факторов кардиоваскулярного риска и депрессии, как у жителей Аэропорта, так и в группе сравнения. Однако у жителей Аэропорта распространенность депрессии и артериальной гипертензии была достоверно выше, чем в группе сравнения.

0288 ПАРОКСИЗМАЛЬНАЯ МЕРЦАТЕЛЬНАЯ АРИТМИЯ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ АССОЦИИРОВАНАЯ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОЗОМ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Донецкая О.П.[1], Евдокимова М.А.[6], Осмоловская В.С.[2,6], Красильникова Е.С.[5], Данковцева Е.Н.[6], Глейзер М.Г.[4], Терещенко С.Н.[5], Сидоренко Б.А.[6], Затейщиков Д.А.[6]
Клиническая больница №1 УД Президента РФ[1], Москва, Россия; ГКБ № 51[2], Москва, Россия; ГБ №17[3], Москва, Россия; ГКБ №59[4], Москва, Россия; ГКБ №68[5], Москва, Россия; ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ[6], Москва, Россия

Нами изучен вклад различных форм МА, зарегистрированных при поступлении больного в стационар по поводу острого коронарного синдрома, на исходы заболевания при двухлетнем наблюдении.

Больные и методы. Обследовано 453 больных, поступивших в стационары г.Москвы (ГБ №17, ГКБ № 51, ГКБ №59, ГКБ №68, Клиническая больница №1 УД Президента РФ) в период с декабря 2004г по июнь 2007г. Больные включались в исследование на 10 день от развития ОКС. Регистрировали смерть от инфаркта, от инсульта, от других причин, эпизоды нестабильной стенокардии, нефатальный инфаркт миокарда, инсульт, оперативное вмешательство на коронарных артериях.

Результаты. ОКС без подъема ST был у 190 больных (41,9%), ОКС с подъемом ST – у 263 (58,1%). Постоянную форму мерцательной аритмии в анамнезе имели 12 больных (2,6%), пароксизм МА при поступлении - 22 (4,8%). Среди больных с МА (постоянной или пароксизмальной) достоверно чаще встречались женщины, больные с постоянной формой МА чаще госпитализировались в связи с ОКС без подъема ST или нестабильной стенокардией, существенно чаще получали терапию гипотензивными препаратами до данной госпитализации, имели недостаточность кровообращения (НК) в анамнезе. При сравнении больных, имевших при пос-

туплении синусовый ритм, постоянную форму и пароксизм МА, было выявлено, что данные группы не отличались по частоте развития рецидивов ИМ, количеству эпизодов тяжелой ишемии в период госпитализации, эпизодов повторного повышения уровня кардиоспецифических ферментов в период госпитализации. Не было выявлено каких-либо различий между этими группами по времени наступления конечных точек. Прогноз для больных с постоянной формой МА и пароксизмом оценивался отдельно. У больных с постоянной формой МА достоверно более часто регистрировалась смерть от инсульта (OR=13,63, 95% CI 2,16-86,24), однако не было выявлено каких-либо различий по скорости наступления конечных точек. У больных с пароксизмом МА, зарегистрированным на момент поступления, за время дальнейшего наблюдения более часто регистрировались эпизод нестабильной стенокардии (OR=3,49, 95% CI 1,10-11,14). В дальнейшем отмечалось более раннее развитие всех конечных точек (p=0,046), с максимальными различиями к 500-600 дню наблюдения. К исходу 2 года наблюдения количество конечных точек становилось одинаковым.

Таким образом, наличие постоянной формы МА не оказывает значимого влияния на исходы у больных ОКС в течение 2-х лет наблюдения, однако, наличие пароксизма МА на момент поступления по поводу ОКС ассоциируется с неблагоприятным исходом в течение 1,5 лет наблюдения.

0289 ПЕРЕНОСИМОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОЙ НЕПРЕРЫВНОЙ И КУРСОВОЙ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АМИОДАРОНОМ

Дощицин В.Л., Мордашова Н.Ю., Тугова Ю.Е.
ФГУ Объединенная больница с поликлиникой УД Президента РФ, ФГУ Центральная поликлиника ФСБ России, Москва, Россия

Цель: Сравнительная оценка частоты возникновения побочных эффектов при длительном непрерывном и курсовом назначении амиодарона у пациентов ИБС с различными нарушениями ритма сердца.

Материалы и методы. Проведен мета-анализ частоты и характера побочных эффектов при проведении антиаритмической терапии амиодароном (Кордароном Sanofi-Aventis). Под наблюдением в условиях поликлиники находилось 237 больных хроническими формами ИБС. Средний возраст составлял 59,5 лет. 148 больных страдали стенокардией II или III функционального класса, 69 – имели постинфарктный кардиосклероз, 125 – недостаточность кровообращения I или II ст. Показанием для назначения амиодарона явились аритмии, ухудшающие качество жизни больных: частые пароксизмы мерцания или трепетания предсердий – 76 человек, частые приступы наджелудочковой тахикардии – 5 человек, пароксизмы желудочковой тахикардии – 10 человек, частая политопная или групповая желудочковая экстрасистолия – 146 пациентов. В первой группе, составившей 91 человек, лечение проводилось по непрерывной схеме, в среднем, 14,5 недель, во второй группе, составившей 146 человек, лечение проводилось курсами продолжительностью в среднем 4,2 недели, с перерывами 4-6 недель. В обеих группах амиодарон назначался в дозе 200- 400 мг в сутки 5 дней в неделю.

Продолжительность наблюдения колебалась от 8 до 58 месяцев, составила в среднем 38,5 месяцев. Оценка частоты возникновения нежелательных побочных явлений проводилась путем клинического наблюдения, ЭКГ, холтеровского мониторирования ЭКГ, исследования гормонов щитовидной железы, регулярного осмотра окулистом.

Результаты. При сравнении частоты возникновения побочных эффектов отмечено, что при длительном непрерывном назначении амиодарона основными нежелательными явлениями были: нарушения зрения у 12 человек, А-В блокада I-II степени у 15 человек, дисфункция синусового узла у 1 человека, дисфункция щитовидной железы у 3 человек; всего – 31 (34,1%) пациент; при прерывистом курсовом лечении – у 7 (4,8%) пациентов отмечалось развитие А-В блокады I-II степени, т.е. нежелательные явления проявлялись в 7 раз реже, чем при длительном непрерывном лечении.

Вывод. При длительном применении амиодарона для лечения не угрожающих жизни аритмий у больных ИБС назначение прерывистыми курсами более предпочтительно, чем непрерывная терапия ввиду значительно меньшей частоты развития побочных эффектов.

0290 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНЫМ ПРИРОСТОМ МАССЫ ТЕЛА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Драенкова О.В., Кисляк О.А., Стародубова А.В.
Кафедра госпитальной терапии Московского факультета ГОУ ВПО РГМУ, Москва, Россия

Цель: изучить особенности показателей суточного мониторирования артериального давления и метаболические изменения у молодых женщин с избыточным приростом массы тела во время беременности.

Материалы и методы: Обследовано 17 молодых женщин в возрасте от 26 до 39 лет, (средний возраст 33,1 лет) с приростом массы тела во время беременности более 12 кг (в среднем 17,7±0,87 кг). Всем пациенткам проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД), измерение окружности талии и бедер, массы тела, роста, вычислялся индекс массы тела (ИМТ в кг/м2). Анализировались: масса тела женщин при рождении, масса тела в настоящее время, физическая активность, уровень липидов крови (общий холестерин, триглицериды, ЛПНП, ЛПВП, аполипопротеин А1, аполипопротеин В), уровень гомоцистеина в крови, гликемии натощак

Результаты: Средняя масса тела женщин при рождении составляла 3,12±0,06 кг. В зависимости от ИМТ отмечалось 53% женщин с нормальной массой тела, 29,4% женщин с избыточной массой тела и 17,6% женщин с ожирением I степени. У всех женщин с ожирением I степени диагностировалось равномерное ожирение. При анализе динамики изменения массы тела самыми частыми периодами значительного увеличения массы тела оказались возрастные периоды от 20 до 30 лет. По данным опроса 100% женщин оценивали уровень своей физической активности как низкий и считали данный факт главной причиной избыточной массы тела. По данным СМАД наблюдалось среднее систолическое артериальное давление 117,87±1,94, среднее диастолическое давление 69,5±1,34 мм рт.ст., вариабельность САД 18,71±1,00, вариабельность ДАД 12,03±0,5, индекс времени САД 14,27±3,55, ИВДАД 4,96±1,54, процент превышения САД 14,36±2,97, процент превышения ДАД 6,72±1,91. При исследовании липидного спектра крови у 23% женщин отмечалось повышение уровня холестерина, у 58% был повышен индекс атерогенности. У всех исследуемых пациенток уровень гликемии натощак был в пределах нормы.

Выявлены статистически значимые взаимосвязи прироста массы тела во время беременности с средней вариабельностью ДАД и с средним процентом превышения ДАД; массы тела в настоящее время с уровнем холестерина, с ЛПНП, с аполипопротеином В.

Выводы: У молодых женщин с избыточным приростом массы тела во время беременности отмечается статистически значимая взаимосвязь прироста массы тела во время беременности с средней вариабельностью ДАД и с средним процентом превышения ДАД. Отмечаются метаболические нарушения в виде дислипидемии. Нарушений углеводного обмена не выявлено.

0291 ИНФОРМАТИВНЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Дроботя Н.В., Калтыкова В.В., Кастанаян А.А., Ерошенко О.Л., Поляк М.И., Гусейнова Э.Ш.
ГОУ ВПО «Рост ГМУ Росздрава», Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования: на основе оценки морфо-функционального состояния левого желудочка (ЛЖ) и клинического статуса больных ИБС до и после лечения разработать критерии прогноза эффективности хирургической реваскуляризации миокарда и консервативной терапии.

Материал и методы исследования. Больные ИБС были подразделены на 2 группы в соответствии с использованной тактикой их лечения: 1-ю группу (54 чел., средний возраст – 53±6,8 лет) составили больные ИБС до и после операции реваскуляризации миокарда; 2-ю (48 чел., средний возраст – 51±7,4 лет) – больные ИБС, находившиеся на консервативном лечении. Давность ИБС у пациентов обеих групп была не менее 5 лет. Критерием эффективности лечения и качества жизни больных являлась, в соответствии с рекомендациями ВНОК (2004), динамика ФК стенокардии и ФК сердечной недостаточности (СН). Оценка морфо-функционального состояния ЛЖ проводилась на основании ЭКГ покоя, ЭКГ-пробы с дозированной физической нагрузкой на тредмиле, суточного мониторирования ЭКГ, эхокардиографии и стресс-эхокардиографии с добутамином, коронароангиографии до лечения, а также через 3 мес и 1 год от начала лечения.

Полученные результаты. Различия в исходных значениях показателей у больных 1-й и 2-й групп и статистически достоверные особенности их положительной динамики на фоне соответствующего лечения позволили с помощью коэффициентов раздельной детерминации установить наиболее информативные показатели, определяющие эффективность лечения больных ИБС. Так, у больных 1-й группы наиболее значимое влияние на динамику ФК стенокардии и ФК СН оказывали такие морфо-функциональные параметры, как фракция выброса ЛЖ (18,1%), объем поражения коронарного русла (16,3%), толерантность к физической нагрузке (14,6%) и прогностический индекс Дюка (10,5%) по результатам нагрузочного теста, суммарная продолжительность эпизодов безболевой ишемии миокарда (9,2%) на основании суточного мониторирования ЭКГ. У больных 2-й группы динамика ФК стенокардии и ФК СН определялась преимущественно следующими показателями: индексом нарушения сегментарной сократимости ЛЖ (15,4%), объемом поражения коронарного русла (13,7%), объемом внешней выполненной работы (13,1%) на фоне дозированной физической нагрузки, прогностическим индексом Дюка (12,2%), соотношением эпизодов болевой и безболевой ишемии миокарда (10,9%) в процессе суточного мониторинга ЭКГ.

Выводы. Полученные результаты позволили установить основные информативные критерии оценки эффективности лечения и качества жизни в зависимости от тактики ведения больных ИБС. Они, в свою очередь, послужили основой для последующей разработки математической модели, которая дает возможность оптимизировать выбор тактики лечения больного с учетом исходных значений его основных показателей.

0292 HLA-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

Дроздецкий С.И., Глотова М.Е., Кузнецов К.В., Кучин К.В.
Медицинский институт, Нижний Новгород, Россия

Цель: выявить HLA-антигенные варианты, наиболее часто встречающиеся при артериальной гипертонии на рабочем месте (АГрм).

Методы: у 76 человек, средний возраст 52,3 [49,6;56,6] лет, проводили определение антигенов HLA I класса локусов A и B в стандартном микролимфоцитотоксическом тесте с использованием гистотипирующей панели HLA A, B. 51 человек имели наследственную отягощенность по АГ (группа «Насл+»), из них - 26 больных с эссенциальной АГ (ЭАГ) (степень АГ I-II, риск 2-3; ВНОК 2004) и 25 нормотензивных пациентов (офисные величины АД≤140/90 мм рт.ст.). 25 нормотензивных лиц составили группу без наследственной предрасположенности по АГ (группа «Насл-»). Из числа больных ЭАГ 13 человек – больные с артериальной гипертонией на рабочем месте (подгруппа АГрм, критерии ЕОАГ/ЕОК) и 13 человек – больные неАГрм. Всем пациентам проводили клинический осмотр, измерение АД, электрокардиографию (ЭКГ), суточное мониторирование АД (СМАД), анализ показателей липидного спектра. Различия данных считали достоверными при p≤0,05.

Результаты: В группе «Насл+» было отмечено достоверное частотное преобладание антигенов A3, B7, B13 и B35 по сравнению с группой «Насл-»: антиген A3 был зарегистрирован в 45,1% случаев против 20,0%, антиген B7 – в 43,1% против 8,0% (p≥0,0045, Chi-square). Вариант B13 регистрировался в первой группе у 17,6% пациентов, вариант B35 – у 21,6%, в группе «Насл-» указанные аллельные варианты не встречались (p≥0,031, Chi-square). Среди гипертензивных лиц группы «Насл+» антиген B7 в 83,3% случаев сочетался с аллелем A3. Среди нормотензивных пациентов указанной группы комбинация A3B7 встречалось в 20,0% случаев (p=0,043, Chi-square). В подгруппе АГрм в 46,2% случаев был зарегистрирован антиген A28, причем в 30,8% случаев он сочетался с антигеном A2. В подгруппе неАГрм HLA-аллель A28 не встречался (p=0,020, Chi-square).

Выводы: С формированием наследственной предрасположенности к артериальной гипертонии предположительно связаны HLA-антигенные варианты A3, B7, B13 и B35. Высокой пенетрантностью при этом отличаются HLA-аллельные варианты A3 и B7.

Большей экспрессивностью в плане проявления гипертензивных реакций у предрасположенных лиц обладает, по-видимому, аллельная комбинация A3B7.

У больных АГрм с наследственной передачей АГ связаны, гаплотипы с антигеном HLA-A28. В качестве предполагаемого генетического маркера данного состояния нельзя исключить значимость его комбинации с аллельным вариантом A2. Гаплотип HLA-A3B7 более характерен для категории пациентов неАГрм.

Выявленные тенденции и сделанные в проведенном исследовании предположения требуют дальнейшего изучения и уточнения.

0293 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ, ОСЛОЖНЕННОЙ РАЗВИТИЕМ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Дубовик Т.А., Рачок Л.В., Жуйко Е.Н.
ГУ РНПЦ «Кардиология», Минск, Беларусь

Цель: оценить особенности течения периоперационного периода у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с развившимся периоперационым инфарктом миокарда (ИМ) после операции аортокоронарного шунтирования (АКШ) в условиях искусственного кровообращения (ИК).

Материалы и методы: Проведен анализ 68 историй больных ИБС, перенесших операцию АКШ в условиях ИК, находившихся на лечение в отделении послеоперационных осложнений РНПЦ «Кардиология» с декабря 2006 года по февраль 2008 года. Пациенты были разделены на две группы: I-ая – с развитием ИМ в периоперационном периоде и II-ая - без него. Состояние пациентов оценивалось дважды: исходно до операции и в раннем периоде после АКШ. Анализировали анамнез, лабораторные данные: общий анализ крови, биохимические показатели, липидный спектр крови и данные инструментального обследования: результаты электрокардиографии, эхокардиографии, а так же - протоколы операций, в которых оценивали длительность ИК, время ишемии (ВИ), количество шунтируемых артерий, вид и диаметр наложенных шунтов.

Результаты: I-ая и II-ая группа включала 15 и 53 человека соответственно. Средний возраст пациентов составил 56,3±2,08 в первой и 58,4±1,3 лет во второй группах, число мужчин в которых - 66,7% и 83% соответственно. По перенесенным в анамнезе заболеваниям существенных различий между группами не было. Диагноз ИМ устанавливался по электрокардиографическим и

эхокардиографическим данным и подтверждался повышением активности кардиоспецифических ферментов. В дооперационном периоде у пациентов первой группы по сравнению со второй был выше уровень триглицеридов (2,32±0,4 и 1,1±0,112 соответственно,p<0,001) и глюкозы (6,69±0,44 и 5,7±0,11 соответственно, p=0,002). Во I-ой группе достоверно преобладало использование аутовенозных шунтов (1,76±0,21 и 1,28±0,11, p=0,047), в то время как во II-ой – артериальных (1,0±0,28 и 1,72±0,16, p=0,036), а так же в I-ой группе по сравнению со II-ой отмечалась большая длительность ИК (130,8±15,85 и 106±4,46 мин соответственно, p=0,04).При проведении сравнительного анализа количества пораженных коронарных артерий и общего количества шунтированных артерий, а так же диаметра использованных шунтов в группе больных с ИМ (I группа) и без него (II группа) не было выявлено достоверных отличий. Развитие ИМ в послеоперационном периоде статистически достоверно удлиняло продолжительность лечения в стационаре (34,27±3,43 и 25,11±1,05 койко/дня, p=0,001).

Выводы: У больных ИБС, перенесших операцию АКШ в условиях ИК с развившимся периоперационным ИМ, исходно был выявлен более высокий уровень триглицеридов, глюкозы. Длительность искусственного кровообращения была достоверно выше в первой, чем в контрольной группе. Достоверно чаще в группе с развившимся периоперационным инфарктом миокарда использовались аутовенозные графты, в то время как в контрольной группе преобладали артериальные шунты.

0294 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ЧАСТОТА НОВЫХ СЛУЧАЕВ НЕПОЛНОЙ БЛОКАДЫ ПРАВОЙ ВЕТВИ ПУЧКА ГИСА СРЕДИ МУЖЧИН ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ГОРОДСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ

Дульский В.А.
ГОУ ВПО ИГМУ ФА Росздрава, Иркутск, Россия

Целью исследования явилось изучение распространенности и частоты новых случаев неполной блокады правой ветви пучка Гиса (нБПВ пучка Гиса) 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 нБПВ пучка Гиса принимали 1) расширение комплекса QRS до 0,12 с; 2) изменение морфологии комплекса QRS в правых прекордиальных отведениях по типу rsr`, rSr`, RSr`, RSR` или М-форма; 3) глубокий S зубец в левых прекордиальных отведениях, в отведении I и/или aVL. Показатель распространенности рассчитывали как отношение зарегистрированной нБПВ пучка Гиса 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 нБПВ пучка Гиса. Статистическая обработка проведена с использованием STATISTICA (StatSoft, USA) с оценкой нормальности распределения показателей по критерию Shapiro-Wilk, методами описательной статистики и таблицы частот.

Полученные результаты. Медиана возраста мужчин включенных в исследование составила 54,5 года (интерквартильный размах от 38 до 66 лет). Медиана возраста лиц с нБПВ пучка Гиса - 48 лет (интерквартильный размах от 30 до 60,5 лет). нБПВ пучка Гиса была зарегистрирована в 576 случаях, что составило 196,6 на 1000 мужчин. нБПВ пучка Гиса чаще регистрировалась в возрастных группах от 20 до 30 лет – 300 на 1000; 15-20 лет – 262 на 1000; 40-50 лет – 237 на 1000. Меньше всего нБПВ пучка Гиса зарегистрирована в возрастных группах 80 лет и старше – 104 на 1000 и 60-70 лет – 129,8 на 1000. Новые случаи нБПВ пучка Гиса зарегистрированы у 125 мужчин. Плотность новых случаев нБПВ пучка Гиса составила 12,1 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.

Выводы: 1. Распространенность нБПВ пучка Гиса среди мужчин составила 196,6 на 1000. 2. Частота новых случаев нБПВ пучка Гиса составила 114,7 на 1000. 3. Плотность новых случаев нБПВ пучка Гиса – 12,6 на 100 человеко-лет.

0295 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ЧАСТОТА НОВЫХ СЛУЧАЕВ СИНДРОМА РАННЕЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ СРЕДИ МУЖЧИН ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ГОРОДСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ

Дульский В.А.
ГОУ ВПО ИГМУ ФА Росздрава, Иркутск, Россия

Целью исследования явилось изучение распространенности и частоты новых синдрома ранней реполяризации желудочков (синдром РРЖ) 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 синдром РРЖ принимали: 1) горизонтальный или нисходящий подъём сегмента ST более 0,1 мВ с выпуклостью, направленной книзу; 2) наличие волны соединения на нисходящем колене зубца R; 3) поворотом электрической оси сердца против часовой стрелки по продольной оси; 4) быстрым и резким нарастанием амплитуды зубца R в грудных отведениях с одновременным уменьшением или исчезновением зубца S. Показатель распространенности рассчитывали как отношение зарегистрированного синдрома РРЖ 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 синдрома РРЖ. Статистическая обработка проведена с использованием STATISTICA (StatSoft, USA) с оценкой нормальности распределения показателей по критерию Shapiro-Wilk, методами описательной статистики и таблицы частот.

Полученные результаты. Медиана возраста мужчин включенных в исследование составила 54,5 года (интерквартильный размах от 38 до 66 лет). Медиана возраста лиц с синдромом РРЖ - 51 год (интерквартильный размах от 36 до 62 лет). Синдром РРЖ был зарегистрирован в 385 случаях, что составило 131,4 на 1000 мужчин. Синдром РРЖ чаще регистрировался в возрастных группах от 30 до 40 лет – 171,8 на 1000; 50-60 лет – 146 на 1000. Меньше всего синдром РРЖ зарегистрирован в возрастных группах 80 лет и старше – 51,9 на 1000 и 60-70 лет – 111,3 на 1000. Новые случаи синдрома РРЖ зарегистрированы у 70 мужчин. Плотность новых случаев синдрома РРЖ составила 6,5 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.

Выводы:

1. Распространенность синдрома РРЖ среди мужчин составила 131,4 на 1000.

2. Частота новых случаев синдрома РРЖ составила 64,2 на 1000.

3. Плотность новых случаев синдрома РРЖ – 6,5 на 100 человеко-лет.

0296 ВЫЖИВАЕМОСТЬ МУЖЧИН С НЕПОЛНОЙ БЛОКАДОЙ ПРАВОЙ ВЕТВИ ПУЧКА ГИСА ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ГОРОДСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ

Дульский В.А.
ГОУ ВПО ИГМУ ФА Росздрава, Иркутск, Россия

Целью исследования явилось изучение возможного влияния неполной блокады правой ветви пучка Гиса (нБПВ пучка Гиса) на выживаемость у мужчин разных возрастных групп.

Материалом работы послужили данные, полученные при проведении ЭКГ исследования 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. В анализ выживаемости включали ЭКГ с нБПВ пучка Гиса, при этом исключали ЭКГ с признаками «Миннесотский код 1982»: критерии 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; с 7-1-1 по 7-2-2; с 7-4 по 7-8; с 6-4-1 по 6-8); 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 и ЭКГ с признаками синдрома ранней реполяризации желудочков. При анализе выживаемости учитывалось и максимальное время наблюдения, которое составило 13 лет. Для сравнительного анализа выживаемости мужчин с наличием нБПВ пучка Гиса были выделены группы в возрасте до 60 лет и 60 лет и старше и сопоставимые им по возрасту группы без блокады. Статистическая обработка проведена с использованием STATISTICA (StatSoft, USA) с оценкой нормальности распределения показателей по критерию Shapiro-Wilk, методами описательной статистики и таблицы частот. Анализ выживаемости проведён по методу Kaplan-Meier с оценкой таблиц времён жизни. Оценка параметров подгонки к данным семейств распределений производился по Exponential, Linear Hazard, Gompertz, Weibull моделям. Сравнительный анализ кривых выживаемости проводился по критериям Gehan's Wilcoxon, Cox's F-Test, Cox-Mantel, Peto Wilcoxon, Log-Rank.

Полученные результаты. Медиана возраста мужчин включенных в исследование составила 54,5 года (интерквартильный размах от 38 до 66 лет). Медиана возраста лиц с нБПВ пучка Гиса - 48 лет (интерквартильный размах от 30 до 60,5 лет). нБПВ пучка Гиса была зарегистрирована в 576 случаях. Анализ выживаемости продемонстрировал, что кривые выживаемости в исследуемых группах до 60 лет не расходятся на всём периоде наблюдения (Gehan's Wilcoxon: p=0,5; Cox's F-Test: p=0,2; Cox-Mantel: p=0,5; Peto Wilcoxon: p=0,5; Log-Rank: p=0,5). Кумулятивная доля выживших мужчин с нБПВ пучка Гиса составила 0,82±0,02. Анализ выживаемости среди лиц 60 лет и старше так же не выявил различий в кривых выживаемости (Gehan's Wilcoxon: p=0,5; Cox's F-Test: p=0,1; Cox-Mantel: p=0,4; Peto Wilcoxon: p=0,4; Log-Rank: p=0,4). Кумулятивная доля выживших мужчин с нБПВ пучка Гиса составила 0,43±0,06. Подгонка к данным основных семейств распределений выявило, что лучшее описание даёт семейство Вейбулла (p=0,166).

Вывод. Выживаемость мужчин с наличием нБПВ пучка Гиса и не имеющих другой патологии не отличается от показателей выживаемости мужчин без наличия нБПВ пучка Гиса как в группах до 60 лет, так и 60 лет и старше (p>0,1).

0297 ВЫЖИВАЕМОСТЬ МУЖЧИН С СИНДРОМОМ РАННЕЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ГОРОДСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ

Дульский В.А.
ГОУ ВПО ИГМУ ФА Росздрава, Иркутск, Россия

Целью исследования явилось изучение возможного влияния синдрома ранней реполяризации желудочков (синдром РРЖ) на выживаемость у мужчин разных возрастных групп.

Материалом работы послужили данные, полученные при проведении ЭКГ исследования 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. В анализ выживаемости включали ЭКГ с синдромом РРЖ, при этом исключали ЭКГ с признаками «Миннесотский код 1982»: критерии 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; с 7-1-1 по 7-8; с 6-4-1 по 6-8); 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. При анализе выживаемости учитывалось и максимальное время наблюдения, которое составило 13 лет. Для сравнительного анализа выживаемости мужчин с наличием синдрома РРЖ были выделены группы в возрасте до 60 лет и 60 лет и старше и сопоставимые им по возрасту группы без блокады. Статистическая обработка проведена с использованием STATISTICA (StatSoft, USA) с оценкой нормальности распределения показателей по критерию Shapiro-Wilk, методами описательной статистики и таблицы частот. Анализ выживаемости проведён по методу Kaplan-Meier с оценкой таблиц времён жизни. Оценка параметров подгонки к данным семейств распределений производился по Exponential, Linear Hazard, Gompertz, Weibull моделям. Сравнительный анализ кривых выживаемости проводился по критериям Gehan's Wilcoxon, Cox's F-Test, Cox-Mantel, Peto Wilcoxon, Log-Rank.

Полученные результаты. Медиана возраста мужчин включенных в исследование составила 54,5 года (интерквартильный размах от 38 до 66 лет). Медиана возраста лиц с синдромом РРЖ - 51 год (интерквартильный размах от 36 до 62 лет). Синдром РРЖ был зарегистрирован в 385 случаях. Анализ выживаемости продемонстрировал, что кривые выживаемости в исследуемых группах до 60 лет не расходятся на всём периоде наблюдения (Gehan's Wilcoxon: p=0,9; Cox's F-Test: p=0,5; Cox-Mantel: p=1,0; Peto Wilcoxon: p=1,0; Log-Rank: p=1,0). Кумулятивная доля выживших мужчин с синдромом РРЖ составила 0,79±0,03. Анализ выживаемости среди лиц 60 лет и старше так же не выявил различий в кривых выживаемости (Gehan's Wilcoxon: p=0,5; Cox's F-Test: p=0,4; Cox-Mantel: p=0,6; Peto Wilcoxon: p=0,5; Log-Rank: p=0,6). Кумулятивная доля выживших мужчин с синдромом РРЖ составила 0,48±0,07. Подгонка к данным основных семейств распределений выявило, что лучшее описание даёт семейство Вейбулла (p=0,08).

Вывод. Выживаемость мужчин с наличием синдрома РРЖ и не имеющих другой патологии не отличается от показателей выживаемости мужчин без наличия синдрома РРЖ как в группах до 60 лет, так и 60 лет и старше (p>0,4).

0298 ВЫЖИВАЕМОСТЬ МУЖЧИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЧАСТОТЫ СОКРАЩЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ГОРОДСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ ЗА 13 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ

Дульский В.А.[1], Мозерова Е.М.[2]
ГОУ ВПО ИГМУ ФА Росздрава[1], Иркутск, Россия; МУЗ ГП №6 Комитета по социальной политике и культуре администрации г. Иркутска[2], Иркутск, Россия

Целью исследования явилось изучение показателей общей смертности и выживаемости у мужчин в зависимости от частоты сокращений желудочков (ЧСЖ).

Материалом работы послужили данные, полученные при проведении ЭКГ исследования 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 первую ЭКГ. ЧСЖ рассчитывали за 10 с записи. Ста-

тистический анализ данных проводился с помощью системы STATISTICA (StatSoft, USA). Использовались как стандартные методы описательной статистики (оценка нормальности распределения по критерию Shapiro-Wilk, квинтилей и ранговых статистик и т.д.), так и известные критерии значимости (χ^2, χ^2 с поправкой Yates, V-square). Анализ выживаемости проведён по методу Kaplan-Meier с оценкой таблиц времён жизни. Оценка параметров подгонки к данным семейств распределений производился по Exponential, Linear Hazard, Gompertz, Weibull моделям. При анализе выживаемости учитывалось и максимальное время наблюдения, которое составило 13 лет. При сравнительном анализе кривых выживаемости в группах с различной ЧСЖ за порог значимости различий принимали значения $p<0,008$.

Полученные результаты. Медиана возраста мужчин включенных в исследование составила 54,5 года (интерквартильный размах от 38 до 66 лет). При сравнительном анализе мужчин с различной ЧСЖ получили: относительный риск (ОР) 0,82 (ДИ 0,64-1,03) и отношение шансов (ОШ) 1,02 (ДИ 0,78-1,34) в группе 60-64 в 1 мин; в группе с ЧСЖ 65-69 в 1 мин – ОР= 1,07 (ДИ 0,85-1,35) и ОШ=1,12 (ДИ 0,85-1,48); в группе 70-74 в 1 мин - ОР=1,05 (ДИ 0,84-1,31) и ОШ=1,08 (ДИ 0,81-1,43); в группе 75-79 в 1 мин - ОР=1,09 (ДИ 0,89-1,34) и ОШ=1,15 (ДИ 0,84-1,57) и при ЧСЖ ≥80 в 1 мин - ОР=1,18 (ДИ 0,99-1,41) и ОШ 1,37 (ДИ 1,02-1,84). Подгонка к данным основных семейств распределений выявило, что лучшее описание даёт семейство Вейбулла ($p=0,21$).Проведённый анализ свидетельствует, что мужчины, имеющие ЧСЖ в покое 80 и более в 1 мин, имели достоверно более высокий риск общей смертности по сравнению с мужчинами, которые имели ЧСЖ от 60 до 65 в 1 мин. Наименьшая продолжительность жизни выявлена у мужчин с высокой ЧСЖ. Риск смерти от всех причин у них выше в 1,4 раза, чем у мужчин с ЧСЖ 60-64 в 1 мин. При множественных сравнениях кривых выживаемости в зависимости от ЧСЖ (с поправкой Бонферрони) значимое различие начинает наблюдаться при ЧСЖ 75-79 в 1 мин.

Выводы.

1. Наибольшая выживаемость (в среднем за 11,5 лет) наблюдается у мужчин с ЧСЖ 60-64 в 1 мин.

2. Риск смерти от всех причин выше в 1,4 раза среди мужчин с ЧСЖ 80 и более в 1 мин, чем у мужчин с ЧСЖ от 60 до 64 в 1 мин ($p=0,001$) (в среднем за 11,5 лет).

3. Кривые выживаемости начинают расходиться при ЧСЖ 75-79 в 1 мин ($p<0,0001$).

0299 ВЛИЯНИЕ ЭПРОСАРТАНА НА УРОВЕНЬ МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ И ИНДЕКС ЭЛАСТИЧНОСТИ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Дурня А., Сапожник Н., Попеску Л., Карауш А.
Институт Кардиологии, Кишинёв, Молдова

Раннее назначение блокаторов ангиотензиновых рецепторов тип 1 считается перспективным и в то же время дискутабельным направлением консервативной терапии при гипертонической нефропатии.

Целью работы явилось исследование влияния эпросартана на динамику уровня микроальбуминурии и индекс эластичности крупных сосудов у больных с эссенциальной гипертензией.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 26 пациентов (12 мужчин и 14 женщин) с эссенциальной гипертензией II-III степени и микроальбуминурией в возрасте 18-65 лет (средний возраст 48,0±2,3 года). В исследование не включались лица с макроальбуминурией, симптоматической артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, сахарным диабетом, хроническими почечными заболеваниями. Эпросартан назначили в дозе 600 мг однократно в течение 3 месяцев. Целевым уровнем давления считали снижение систолического и диастолического артериального давления ниже 140 мм рт.ст и 90 мм рт.ст. Уровень микроальбуминурии определяли с помощью иммуноферментного анализа «ELISA». Исследование индекса эластичности крупных сосудов проводили методом системного сопротивления с помощью аппарата «HDI Pulsewave CR-2000». Все показатели оценивали до и через 3 месяца лечения эпросартана.

Результаты. Достичь целевой уровень артериального давления удалось у 16 (62%) больных. Остальным 10 (38%) больным пришлось назначить дополнительно диуретик гидрохлортиазид в суточной дозе 25 мг. Индекс эластичности крупных сосудов улучшился на 20% ($p<0,01$). Уровень микроальбуминурии снизился на 29% к концу 3-го месяца лечения ($p<0,01$).

Выводы. Блокатор ангиотензиновых рецепторов тип 1 Эпросартан является эффективным антигипертензивным средством. Дополнительно к этому, обладает нефрозащитным действием.

0300 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. ЧЕБОКСАРЫ

Евдокимова А.А.[1], Токарева З.Н.[1], Мамедов М.Н.[2], Шальнова С.А.[2], Оганов Р.Г.[2]
Министерство здравоохранения и социального развития Чувашской Республики[1], Чебоксары, Россия; ФГУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины[2], Москва, Россия

За последние пять лет в Чувашской Республике заболеваемость, связанная с повышенным уровнем АД выросла в 3,1 раза. При этом частота цереброваскулярных событий увеличились в 1,7 раза, а острого инфаркта миокарда - в 1,3 раза.

Успех первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистой заболеваний (ССЗ) во многом зависит от успешного управления факторами риска, что в первую очередь, требует проведения популяционных исследований.

В 2006-2007 годах в условиях отдельно взятого города Приволжского федерального округа (г. Чебоксары) проведено одномоментное эпидемиологическое исследование по выявлению 20 факторов риска развития ССЗ.

В целом, в исследование были включены 1800 мужчины и женщины в возрасте 30-69 лет. Методом случайной выборки сформирована группа из 30 участковых терапевтов, из каждого врачебного участка отобрано по 60 респондентов. Отклик на исследование составил 87,1% (n=1718). Респонденты были опрошены по анкете, включающей семейный анамнез, наследственность, статус курения, потребление алкоголя, уровень физической активности, характер питания, выявление депрессии и тревоги, опрос по наличию ССЗ и других соматических заболеваний. По различным причинам 149 респондентов (8,7%) не приняли участие в проведении биохимического исследования. Таким образом, 1569 респондентов полностью завершили исследование, включающее измерение АД, ЧСС, ЭКГ в покое, антропометрических показателей (окружность талии, вес, рост), параметров липидного спектра и проведение теста толерантности к глюкозе.

Согласно результатам одномоментного исследования в случайной выборке взрослого населения г.Чебоксары была выявлена следующая частота основных факторов риска: гиперхолестеринемия (общий ХС >5 ммоль/л) - 55%, гипертриглицеридемия (ТГ >1,7 ммоль/л) - 25%, снижение ХС ЛВП – 36% (<1 ммоль/л), АГ – 27% (АД >140/90 мм рт.ст.), абдоминальное ожирение - 40% по критериям МФД (2005г) и 18% по критериям АТР III (2001г), гипергликемия натощак (сахар в плазме крови ≥6,1 ммоль/л) - 3,8%, постпрандиальная гипергликемия (сахар в плазме крови ≥7,8 ммоль/л) – 4,5%. У 193 респондентов (12,3%) установлен высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений (>5% по шкале SCORE). Большинство лиц с высоким сердечно-сосудистым риском (7,5%) оказались в возрасте 65-69 лет, тогда как 2,2% респондентов были в возрасте 60-64 лет, 2,1% - в возрасте 55-59 лет и 0,5% - в возрасте 50-54 лет.

Таким образом, в случайной выборке взрослого населения г. Чебоксары гиперхолестеринемия, абдоминальное ожирение, низкий уровень ХС ЛВП и АГ являются наиболее часто встречающейся факторами риска ССЗ. Каждый десятый респондент имеет высокий сердечно-сосудистый риск.

Окончательный анализ полученных данных позволит разработать единую стратегию по выявлению факторов риска ССЗ и их своевременной коррекции на примере отдельно взятого города.

0301 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗОФЕНОПРИЛА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Евдокимова А.Г., Радзевич А.Э., Терещенко О.И., Коваленко Е.В., Ложкина М.В., Леоненко Н.В., Евдокимов В.В.
МГМСУ, кафедра терапии №1 ФПДО, Москва, Россия

Цель: изучение влияния зофеноприла на течение артериальной гипертонии (АГ), клинические, гемодинамические параметры, реологические свойства крови (РСК), агрегацию тромбоцитов, показатели липидного спектра у лиц пожилого возраста с избыточной массой тела.

Методы: обследовано 57 больных (33 мужчины и 24 женщины) с АГ I-II степени, с индексом массы тела (ИМТ) более 27кг/м^2. Средний возраст составил 62,2±3,1 года. После отмывочного периода больные были распределены на две группы. Первую (основную) группу составили 33 больных, которые получали зофеноприл в дозе 15-30 мг/сут. Во вторую группу (сравнения) вошли 24 пациента получавшие периндоприл в дозе 4-8 мг/сут. Оценивались показатели СМАД, ЭхоКГ, ИМТ, агрегация тромбоцитов, вязкость крови, липидный спектр.

Результаты: через 4 месяца наблюдения в обеих группах отмечалось улучшение клинического состояния, хорошая переносимость препаратов и отсутствие побочных реакций. Отмечено достоверное снижение среднего систолического и диастолического артериального давления (АД), временного гипертонического индекса и улучшение суточного профиля АД. В первой группе целевых значений АД достигли 76% больных, во второй – 73%. В 1ой и 2ой группах отмечены изменения показателей внутрисердечной гемодинамики; снижение ИКСО в среднем на 6,5% и 4,3%, ОПСС – на 11% и 7,8%. В обеих группах наблюдался выраженный кардиопротективный эффект с регрессом ИММЛЖ на 13% и 8%. ИМТ уменьшился в среднем на 4,3% и 3,0%, соответственно. В обеих группах выявлено достоверное снижение агрегационной активности тромбоцитов, улучшение показателей РСК, отмечены благоприятные сдвиги в липидном спектре.

Выводы: применение зофеноприла у больных с АГ I-II степени с избыточным ИМТ приводит к улучшению клинического состояния, стойкой нормализацией систолического и диастолического АД, улучшает показатели внутрисердечной гемодинамики, исходно нарушенные показатели РСК, агрегацию тромбоцитов, благоприятно влияет на липидный спектр. Выявлено преимущество зофеноприла в отношении кардиопротективного эффекта.

0302 ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ПРОТЕИНА С, НО НЕ NT-proBNP АССОЦИИРОВАН С ТЕЧЕНИЕМ ИБС У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

Евдокимова М.А., Минушкина Л.О., Кочкина М.Ю., Панфилова Е.Ю., Резниченко Н.Е.*, Носиков В.В.**, Агапкина Ю.В., Сидоренко Б.А., Затейщиков Д.А.*
ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ, Москва, Россия; Городская больница №17*, Москва, Россия; ФГУП «ГосНИИ генетика» **, Москва, Россия

Среди больных ИБС сегодня те, кто перенес острый коронарный синдром, выделяются в группу наиболее высокого риска развития неблагоприятных исходов. Однако даже эта группа весьма гетерогенна, поэтому остаются актуальными исследования, направленные на стратификацию этой категории больных.

Цель исследования: изучить вклад генетических факторов и уровня NT-proBNP в оценку риска у больных, перенесших острый коронарный синдром.

Материал и методы: обследовано 325 больных с острым коронарным синдромом: 183 (56,3%) мужчины и 142 (43,7%) женщины. Средний возраст 63,76±0,702 лет. В обследованной группе 86% больных в анамнезе имели ИМ, 26 (8,4%) – инсульт, 257 (77,6%) – артериальную гипертензию, 53(17%) – сахарный диабет, 116 (37,3%) – курили. У 151 больных был диагностирован Q-инфаркт миокарда. Проводилось исследование полиморфизма гена протеина С (полиморфный маркер С1654Т), гена фибриногена (полиморфный маркер А455G) и гена аполипопротеина В (полиморфный маркер С-516Т), уровня NT-proBNP.

Результаты: средний срок наблюдения за больными составил лет. В течение периода наблюдения за больными было зафиксировано 18 случаев повторного нелетального инфаркта миокарда, 19 эпизодов нестабильной стенокардии, 41 пациент подвергся вмешательству на коронарных артериях, 38 больных умерли (из них 29 сердечно-сосудистых, 4 от ОНМК, 5 от других причин). Распределение частот генотипов в целом по группе оказалось следующим: полиморфный маркер гена протеина С: С/С – 33,8%, Т/С – 55,3%; Т/Т- 10,9%, полиморфный маркер гена фибриногена А/А – 11,6%, А/G – 30,9%; G/G- 57,5%, полиморфный маркер гена аполипопротеина В С/С – 56,8%, Т/С – 33,9%; Т/Т-9,4%. Факторами, определяющими долговременный прогноз больных после обострения ИБС явились: повышенный уровень NT-proBNP (более 350) и аллель Т гена PROC. В то же время, при включении в регрессионный анализ возраста больного, достоверность ассоциации NT-proBNP с исходами была утрачена. Отношение шансов для аллеля Т гена PROC составило 2,39 [1,20-4,76], p=0,13, возраста 1,81 [1,003-3,274], p=0,049, для NT-proBNP – 1,62 [0,93-2,82], p=0,089.

Таким образом, система протеина С занимает важное положение в формировании антиромботической защиты при атеротромбозе. Отсутствие достоверной связи NT-proBNP с исходами заболевания связано, вероятно, с частичной зависимостью этого биомаркера от возраста больного.

0303 СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АД В ПОПУЛЯЦИИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЁЖИ: АСПЕКТЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Евсевьева М.Е., Никулина Г.П., Сергеева О.В., Ростовцева М.В, Найманова З.Н., Штец А.В.
ГОУ ВПО «СтГМА», Ставрополь, Россия

Цель: выяснить представленность различных форм артериальной гипертензии (АГ) в среде учащейся молодёжи.

Методы исследования. Обследовано 204 студента СтГМА обоего пола (средний возраст 20,3±0,3л). Учитывали офисное и мониторное определение АД во взаимосвязи с некоторыми факторами сердечно-сосудистого риска (ФССР). Статобработку проводили с помощью системы STATISTICA.Т.к. данные имели неправильное распределение, то использовали непараметрическую статистику. Результаты представляли в виде медиан и их квартилей.

Результаты. Оказалось, что 10,5% обследованных отличались повышенным АД при традиционном его измерении, но эти случаи не были подтверждены результатами СМАД и поэтому классифицировались как офисная АГ. Уровень АД, соответствующий предгипертонии, имел место у 44% юношей и 23,5% девушек. Результаты СМАД показали, что частота выявления скрытой АГ составила 12,0%, при этом среди юношей она встречалась в 3 раза чаще. Т.е. в целом почти четверть молодого контингента отличалась наличием лабильных форм АГ, диагностика которых возможна лишь при использовании СМАД. Понятно, что из этих двух форм дисрегуляции АД последняя особенно коварна, так как при традиционном обследовании остаётся просто не замеченной. Важно полнее выяснить особенности её клинических, точнее, доклинических проявлений и выявить возможную взаимосвязь с другими ФССР. Достоверно чаще в этой группе по сравнению со стабильными нормотониками выявлялись следующие ФССР: у юношей –

избыточная масса тела (ИМТ) и курение в 5 раз чаще, у девушек и юношей отягощенная наследственность (ОН) – в два раза чаще. Группа скрытой АГ характеризовалась достоверно более высокими значениями офисного АД как среди юношей, так и среди девушек ($p<0,05$).Если медиана САД в группе нормотонии соответствовала категории оптимального, то в группе скрытой АГ – категории нормального АД. В группе скрытой АГ число лиц с предгипертонией оказалось достоверно выше, чем у нормотоников.

Выводы.1.АГ отмечается у четвёртой части молодёжи в виде различных вариантов ее лабильной формы. Сложность для диагностики представляет скрытая АГ. 2. Предгипертония по результатам офисного измерения АД у лиц молодого возраста сочетается с повышенной представленностью таких ФР, как ОН и ИМТ, а у девушек - с дефицитом массы тела. 3. Значение среднесуточных показателей АД, а также частота выявления скрытой АГ у лиц с предгипертонией достоверно выше, чем среди стойких нормотоников. Наличие у молодого человека предгипертонии диктует необходимость проведения СМАД.

0304 О ФОРМИРОВАНИИ ГРУПП СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА СРЕДИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Евсевьева М.Е., Батурина М.В, Памукчи С.В., Литвинова М.В., Джанибекова А.Р.
ГОУ ВПО «СтГМА», Ставрополь, Россия

Цель: оценка распространенности наиболее доступных для массового обследования факторов сердечно-сосудистого риска (ФССР) среди учащейся молодежи для формирования системы поэтапной диспансеризации этой категории населения.

Методы исследования. Обследовано 204 студента СтГМА обоего пола от18 до 22л. Анкетировали для выяснения отягощённой наследственности (ОН), вредных привычек, тревожно-депрессивных расстройств, определяли индекс массы тела (ИМТ), липидограмму и АД (традиционным и мониторным методами). Статобработку данных проводили с помощью пакета анализа STATISTICA, версия 6,0.

Результаты. Только у четверти обследуемых не было обнаружено ни одного ФР. Большая часть студентов имела один ФР – 42% юношей и 62% девушек, два ФР - 25% и 15% соответственно. Три и более ФР выявили у 8% лиц мужского пола. ОН выявлялась почти у половины студентов независимо от пола. Избыточная МТ определялась у 27% юношей и 6% девушек, а её дефицит - у 17% девушек. Почти 70% лиц с избыточной МТ также имели ОН по ССЗ. Курили 25% молодых людей и 5,3% девушек. У третьей части молодёжи (29,6%) определялось наличие тревожно-депрессивных расстройств той или иной степени выраженности: 6,7% обследованных относились к категории клинически выраженной тревоги/депрессии, 22,9% - к субклинически выраженной. Более чем у 80% лиц с клинически и субклинически выраженной тревогой/депрессией определялась ОН. У 19,5% лиц выявлена та или иная дислипидемия, причём во всех случаях эти лица отличались ОН. У четверти молодёжи регистрировалась одна из форм лабильной АГ, при этом большинство из них также характеризовались ОН. При традиционном измерении давления АГ выявлена у десятой части молодежи, при этом у юношей в 2 раза чаще, чем у девушек. Оптимальное АД в 2 раза чаще встречалось среди девушек, а нормальное и высокое нормальное, наоборот, в 3 и 2 раза чаще у юношей. Во всех случаях АГ сочеталась еще как минимум с одним ФР.

Заключение. 1. В популяции учащейся молодежи ФССР отсутствуют лишь у четверти юношей и девушек. В изолированном виде они встречаются более, чем у половины студентов. Комбинации ФР фиксируются у каждой десятой девушки и каждого третьего юноши. Причём, только у последних имеет место наличие трёх и более ФР. 2. Нормы АД для мужского и женского молодежных контингентов не могут быть одинаковыми, и их следует дорабатывать с учётом пола. 3. АГ отмечается у десятой части молодого контингента, причём среди юношей в два раза чаще. 4. ОН выявляется у подавляющего числа молодых лиц с наличием различных модифицируемых ФР ССЗ, поэтому определение у молодого человека факта ОН требует исследования липидограммы и СМАД. 5. На первом этапе диспансеризации молодёжи необходимо выявлять в первую очередь лиц с ОН и ИМТ, т.к. именно среди них определяются все случаи дислипидемии и большинство случаев АГ.

0305 ВЛИЯНИЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НА ТЕЧЕНИЕ И ТЕРАПИЮ ИБС

Евсевьева М.Е., Власянц Е.А., Ростовцева М.В., Алейник О.Н.
ГОУ ВПО «СтГМА», Ставрополь, Россия

Цель: определить наличие возможного воздействия дисплазии соединительной ткани (ДСТ) на некоторые клинические проявления ИБС и результаты её лечения

Методы исследования: обследованы трудоспособные больные ИБС нестабильной стенокардией с помощью ЭхоКГ (малые аномалии сердца, трансмитральный кровоток) и холтеровского мониторирования (аритмический синдром), результаты которых оценивались в зависимости от особенностей фенотипического статуса. Сформированы две группы наблюдения: 1гр.(41 чел.) – ИБС; 2гр.(70 чел.) - ИБС+ДСТ. Последняя диагностировалась при наличии 4-х и более внешних стигм дизэмбриогенеза. Для оценки влияния ДСТ на результаты лечения ИБС сформированы две небольшие аналогичные группы по 10 больных со стабильной стенокардией II-III ФК (3-я и 4-я группы), которые получали одинаковую терапию, включающую аспирин, статины, ингибиторы АПФ и нитраты. Статобработку данных проводили с помощью пакета анализа BIOSTAT.

Результаты: Оказалось, что среднее число стигм в 1-й и 2-й группах составило соответственно 2,5±0,2 и 6,8±0,5. При этом частая желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) выявлена почти в четыре раза чаще при наличии ДСТ, причем нередко в наиболее неблагоприятных для прогноза формах – в виде ритмированной бигеминии или парной экстрасистолии. Среднее количество ЖЭ в час в 1-й группе составило 76,3±12,6, а во 2-й группе – 221,5±15,5, то есть в три раза больше. Желудочковая тахикардия вообще регистрировалась лишь в случаях сочетанной патологии сердца. У таких больных отмечены также нередкие случаи фибрилляции предсердий (ФП), которая сейчас, как известно, у больных ИБС также расценивается как предиктор фибрилляции желудочков. Дополнительные пути проведения (ДПП) выявлены лишь у лиц с признаками ДСТ. Каждый десятый из группы с сочетанной патологией отличался наличием пароксизмов АВ-узловой тахикардии с участием ДПП. Доказано, что присутствие указанного синдрома предрасполагает к развитию фатальных жизнеугрожающих аритмий. Сочетанные нарушения ритма сердца во 2-й группе выявлены почти в пять раз чаще, чем у больных с изолированной ИБС. Наличие ДСТ оказало также влияние на характеристики трансмитрального кровотока. Так, показатели VE/VA, T dect и IVRT в указанных двух группах оказались равными соответственно 1,5±0,1, 192±11, 72,0±6,0 и 1,0±0,2, 243±22,4 мс, 112±13,8 мс. Выяснилось также наличие влияния ДСТ на результаты указанной терапии ИБС. До начала этого лечения у больных со стабильной стенокардией, протекающей на фоне ДСТ, количество желудочковых экстрасистол в час по сравнению с пациентами, страдающими изолированной ИБС, было почти в два раза выше. Через двое суток получения указанной терапии у больных 3-й группы число ЖЭ в час снизилось на 26,0% и стало равно 105±10,2, а у больных 4-й группы этот показатель уменьшился лишь на 12,0% и оказался равным в среднем 204±13,3. Примечательно, что среди лиц 3-й гр. выявлено два человека, у которых одна только указанная антиишемическая терапия привела к антиаритмическому эффекту, то есть способствовала уменьшению числа ЖЭ более, чем на 70% от исходного. В 4-й гр. таких результатов не отмечено.

Выводы.1. Наличие ДСТ у больных ИБС приводит к более тяжёлому клиническому течению стенокардии - увеличивается число случаев фибрилляций предсердий, а также повышается встречаемость желудочковой экстрасистолии и пароксизмальной желудочковой тахикардии по сравнению со случаями ИБС, протекающей в изолированной форме. 2. У больных ИБС, протекающей на фоне ДСТ, отмечаются более выраженные изменения диастолической функции левого желудочка, чем у пациентов с

изолированной ИБС. 3. Наличие ДСТ у больных ИБС сопровождается ухудшением результатов медикаментозной коррекции нарушений ритма.

0306 ОСОБЕННОСТИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОСНАБЖЕНИЯ У МОЛОДЫХ С УЧЁТОМ СИСТЕМНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Евсевьева М.Е., Литвинова М.В., Штец А.В., Памукчи С.В.
ГОУ ВПО «СтГМА», Ставрополь, Россия

Цель: выяснить влияние уровня системного АД на некоторые показатели сосудистого тонуса церебральных артерий у лиц молодого возраста

Методы исследования: обследовано 108 студентов медицинской академии от 19 до 24 лет (средний возраст 21,9±0,8 л) с помощью суточного мониторирования АД (СМАД) на аппарате МнСДП (Волгоград) и реоэнцефалографии (РЭГ) на аппарате Рео-Спектр (НейроСофт, Иваново). Обследуемые разделены на три группы с учётом показателей ср. САД и ДАД: 1-я гр. (64 чел.) менее125/85; 2-я гр. (19 чел.) 126/86 – 135/90; 3-я гр. (24 чел.) 136/91 мм рт.ст. и более. Учитывались индекс аугментации, реоэнцефалографический индекс и время распространения пульсовой волны. Результаты анализировались с учётом пола.

Результаты: установлено наличие повышения уровня индекса аугментации от первой к третьей группе – 65%, 70% и77% у юношей и 69%, 69% и 102% у девушек. Этот показатель характеризует эластические свойства резистивных сосудов. Среди первых отмечена также динамика по уровню реоэнцефалографического индекса, который составил в указанных группах 0,111 Ом; 0,106 Ом и 0,091 Ом. Кроме того, юноши отличались снижением уровня такого критерия, как ВРПВ – 164,5 мс; 155,0 мс и 136,2 мс. Этот показатель характеризует свойства магистральных сосудов головного мозга.

Выводы. При повышении уровня системного АД у лиц молодого возраста отмечается изменение ряда показателей, характеризующих состояние церебрального кровообращения. Эти изменения свидетельствуют о снижении эластических свойств мозговых артерий разного калибра по мере развития признаков артериальной гипертензии уже в молодом возрасте.

0307 ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ МОНИТОРИНГА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У МОЛОДЕЖИ

Евсевьева М.Е., Батурина М.В., Ростовцева М.В., Шнюков В.В.
ГОУ ВПО «СтГМА», Ставрополь, Россия

Цель: изучить у лиц молодого возраста представленность дисплазии соединительной ткани во взаимосвязи с показателями СМАД и полом.

Материалы и методы: обследовано 117 студентов-добровольцев (юношей – 30, девушек - 87) в возрасте от 18 до 25 лет (20,4±0,9л) с помощью аппарата СМАД МнСДП – 2 (Волгоград). Учитывались также анамнестические сведения, значения офисного АД (по первому измерению монитора СМАД в амбулаторных условиях), результаты фенотипического анализа в плане наличия стигм дизэмбриогенеза и конституционно-антропометрических параметров.

Результаты: среднее число стигм дизэмбриогенеза оказалось приблизительно одинаковым у юношей и девушек (6,6±062 и 6,4±0,38 соответственно). Вместе с тем, в группе девушек миопия отмечена как наиболее часто встречаемая стигма, в то время как у юношей лидирующую позицию занимают нарушения осанки - в первую очередь, сколиоз. При проведении корреляционного анализа обнаружились следующие различия: у девушек присутствует корреляционная связь средней силы между абсолютным числом стигм и среднесуточным значением САД (r=-0,32), а также между абсолютным числом стигм и среднесуточным значением ДАД (r=-0,34). У юношей подобной взаимосвязи не выявлено, однако, для них характерна корреляционная связь между абсолютным числом стигм и уровнем офисного САД (r=0,59).

Выводы: уровень внешней стигматизации в молодежной популяции имеет с показателями СМАД определенные взаимосвязи, и они зависимы от пола. Эти данные еще раз указывают на необходимость дифференцированного подхода к оценке результатов офисного и амбулаторного определения АД с учетом, во-первых, пола, а, во-вторых, состояния конституционально-наследственного статуса лиц молодого возраста.

0308 ОЦЕНКА УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Евсевьева М.Е., Джанибекова А.Р., Литвинова М.В., Шнюков В.В.
ГОУ ВПО «СтГМА», Ставрополь, Россия

Цель: выяснить особенности психологического статуса у лиц молодого возраста с учетом уровня АД.

Материалы и методы: 136 студентам медицинской академии в возрасте от 19-25 лет проводили обследование с помощью офисного и мониторного определения АД (аппарат МДП-НС-01, Москва), а также заполнения Госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS.

Результаты: определяемое при традиционном измерении оптимальное и нормальное АД имели 40,7% и 81,8%, высокое нормальное АД 35,6% и 11,7% и АГ 23,7% юношей и 3,9% девушек соответственно. Артериальную гипотензию выявили только у девушек в 2,6% случаев.

После проведенного СМАД обследованные распределены на четыре группы в зависимости от результатов сопоставления данных, полученных при измерении АД двумя методами. Оказалось, что 57,6% юношей и 89,6% девушек относились к группе стабильной нормотонии; 20,3% юношей и 2,6% девушек - к изолированной офисной; 3,4% юношей и 1,3% девушек к стойкой АГ; к скрытой АГ 18,6% и 2,6% соответственно, и, наконец, гипотония только у девушек в 3,9% случаев.

По данным анкетирования субклиническая депрессия выявлена у 18,6% и 5,2%, а субклиническая тревога у 13,5% юношей и 2,6% девушек. Клинически выраженная депрессия выявлена у 1,3% лиц женского пола. Клинически выраженной тревоги не наблюдалось.

При изучении взаимосвязи уровня АД с наличием депрессивно-тревожных расстройств использовалась классификации уровней АД ОНК 7 (2003). Оказалось, что в группе с нормотонией субклиническая депрессия обнаружена у 2,6% девушек, с предгипертонией у 23,5% юношей и 9,1% девушек. Субклиническая тревога в последней группе выявлена у 20,6% и 3,03%. У лиц с АГ субклиническая депрессия отмечена у 21,4% юношей и 33,3% девушек, а субклиническая тревога - в 14,3% и 33,3% соответственно.

Выводы: 1.Офисная и скрытая АГ у юношей выявляется в 3-6 раз чаще, чем у девушек. 2.Стойкая АГ, характеризующаяся повышением АД, как при офисном, так и при амбулаторном измерении, встречается у 2,2% лиц молодого возраста. 3.В молодёжной популяции депрессивно-тревожные расстройства в большинстве случаев встречаются среди лиц с признаками АГ и предгипертонией. В последней группе указанные расстройства психологического статуса чаще отмечаются у лиц мужского, а в группе с АГ у лиц женского пола.

0309 ВЛИЯНИЕ РАДИОЧАСТОТНОГО КАТЕТЕРНОГО «ЛАБИРИНТА» НА ВЕГЕТАТИВНЫЙ БАЛАНС СЕРДЦА

Егай Ю.В. Курлов И.О. Антонченко И.В. Попов С.В. Баталов Р.Е.
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 ка-

тетерными методами. Проведение эндокардиальной радиочастотной (РЧ) процедуры «лабиринт», по данным разных авторов от 60 до 90% пациентов, позволяет избавить пациентов от ФП.

Цель: изучить влияние радиочастотной катетерной процедуры «Лабиринт» на состояние вегетативной нервной системы сердца.

Материалы и методы: в исследование включены 30 пациентов со стабильной ФП. Все пациенты подверглись оперативному лечению с использованием системы CARTO. В ходе проведения вмешательства всем пациентам выполнена реконструкция левого (транссептальный доступ) предсердия. При проведении процедуры «Лабиринт» (25 пациента) изолировались последовательно левый и правый коллекторы легочных вен, а также задняя стенка левого предсердия. Другим пациентам (n=5) производилась изоляция только коллекторов ЛВ.

Изучение вариабельности сердечного ритма (ВСР) проводилась по стандартной методике у всех пациентов до и после катетерных процедур в качестве индикатора активности автономной нервной системы. Исследование проводилось на оборудовании OXFORD MEDILOD. Использовался стандартный метод статистического анализа данных СМ ЭКГ: SDNN, SDNN-i, SDANN-i, баланс вегетативных влияний оценивался по соотношению низких и высоких частот спектра. Результаты выражены как среднее арифметическое ± стандартное отклонение. Для оценки достоверности использовался коэффициент Стьюдента.

Результаты. Вагусные рефлексы в виде: синусовой брадикардии или уменьшения числа сердечных сокращений на фоне ФП, ареста синусового узла, атрио-вентрикулярной блокады были замечены у 15 пациентов. Из которых у двух развилась пауза вследствие ареста синусового узла, у 1 одного зарегистрирована полная АВ-блокада с паузой до 3204 мс, у остальных 12 пациентов отмечено замедление проведения по атрио-вентрикулярному соединению на фоне ФП.

При анализе параметров до и после катетерной процедуры произошло снижение показателей SDNN на 18% с 162,63 мс до 133,6 мс ($p<0,0072$), SDNN –i на 31% с 101,28 до 69,641 ($p<0,0063$), мощность (LF/HF) уменьшилась на 37,6% с 2,12 до 1,38 ($p<0,00007$), на 15% уменьшился показатель SDANN-i с 116,38 до 99,11 ($p< 0,064$).

Вывод: катетерный эндокардиальный «Лабиринт» и остиальная изоляция устьев ЛВ приводят к снижению парасимпатической и повышению симпатической иннервации сердца. Таким образом, даже не целенаправленное картирование ганглионарных сплетений приводит к их повреждению, что сказывается на состоянии вегетативного баланса в целом.

0310 ДИНАМИКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ИВАБРАДИНОМ

Ельцова М.А., Суровцева М.В., Чернявина А.И., Козиолова Н.А.
ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава, Пермь, Россия

Цель: оценить динамику вариабельности ритма сердца (ВРС) и артериального давления (АД) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) на фоне терапии ивабрадином.

Методы: представлен фрагмент клинического лонгитудинального исследования. Обследовано 17 больных стабильной стенокардией (СС) в сочетании с АГ до и после лечения ивабрадином в комплексной терапии периндоприлом (средняя доза – 4,9±2,0 мг) и бисопрололом (средняя доза – 3,5±1,2 мг). Средний возраст - 54,1±6,6 года. Средний функциональный класс СС составил – 2,7±0,1; среднее исходное офисное систолическое АД (САД) - 126,0±15,6 мм рт.ст., диастолическое АД (ДАД) – 75,0±6,3 мм рт.ст. Длительность терапии - 6 месяцев. Средняя доза ивабрадина составила 10,5±2,6 мг в сутки. В ходе лечения по данным суточного мониторирования ЭКГ оценивалась динамика ВРС путем определения средневзвешенной вариации ритмограммы (СВВР), SDNN и триангулярного индекса (HRVti). Анализировалась динамика показателей СМАД: среднесуточные параметры САД и ДАД (САД ср. с, ДАД ср. с), среднее САД и ДАД за день (САДср. д, ДАДср. д), ночь (САДср. н, ДАДср. н), вариабельность АД за сутки, день и ночь (ВСАД с, ВСАД д, ВСАД н, ВДАД с, ВДАД д, ВДАД н). «Нагрузка давлением» оценивалась по индексу времени (ИВ) гипертензии (ИВСАД, ИВДАД) за сутки. Выраженность двухфазного ритма оценивалась по суточному индексу (СИ).

Результаты: использование ивабрадина в комплексной терапии больных СС в сочетании с АГ привело к достоверному увеличению показателей суточной ВРС: СВВР увеличилась с 711,8±110,5мс до 924,2±129,5мс ($p=0,02$), SDNN - с 97,0±27,0 мс до 120,0±24,0мс ($p=0,01$), HRVti с 13,1±8,2 до 18,8±10,3 ($p=0,05$). Достоверных различий по среднесуточному, дневному и ночному САД не выявлено. Отмечено снижение среднесуточного ДАД, а также за день и ночь. Достоверно уменьшились ИВСАД ($p=0,05$) и ИВДАД в ночные часы ($p=0,05$). При анализе суточного профиля АД отмечено увеличение числа пациентов с нормальным снижением АД в ночные часы («dipper») с 27,2% до 45,5% и снижением числа больных, которые относились к группе «over-dipper», с 18,1% до 9,9%. При анализе динамики вариабельности САД и ДАД зарегистрировано ее снижение в дневное время.

Выводы: на фоне 6 месяцев терапии ивабрадином в комплексном лечении больных СС в сочетании с АГ отмечено достоверное увеличение показателей ВРС – СВВР на 30,1%, SDNN на 12,7%, HRVti на 10,5%. Отмечено положительное влияние ивабрадина на двухфазный ритм АД, характеризующееся увеличением пациентов с нормальным снижением АД в ночные часы («dipper») на 18,1%; нормализующее влияние на вариабельность дневного САД и ДАД и ночного ДАД. В ходе исследования впервые были получены данные, свидетельствующие о благоприятном влиянии ивабрадина на вариабельность ритма и АД у больных ИБС в сочетании с АГ.

0311 ИМПУЛЬСНЫЕ БАРОТРЕНИРОВКИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

Еникеев А.Х., Замотаев Ю.Н., Косов В.А.
ФГУ Центральный клинический санаторий «Архангельское», Москва, Россия

Цель работы: изучение эффективности и безопасности метода импульсных баротренировок у больных гипертонической болезнью (ГБ) на рабочем месте.

Материал и методы: участвовало 52 больных ГБ, работающих на конвейерном производстве со сменным режимом труда (ОГ). Контрольную группу (КГ) составили 37 больных, не участвовавших в тренировках. Все больные – женщины в возрасте от 32 до 44 лет (средний возраст 37,6±3,6 года. Импульсные баротренировки проводили в специально созданном, герметически закрывающемся, боксе, объемом 800 см3, в котором пациент размещался в положении сидя. Межсуточные перепады давления осуществлялись с помощью компрессора, функционирующего в режиме программного управления варьирования смены длительности, величины и интервалов понижения и повышения давления воздуха внутри установки. Общая продолжительность курса лечения составляла - 15 процедур. Эффективность курса ИБТ оценивалась на основе стандартных клинико-функциональных и психологических методов диагностики.

Полученные результаты: Исходное клинико-функциональное обследование больных показало, что у больных обеих групп наблюдалась симптоматика кардиалгий, учащенного сердцебиения, повышения АД, головных болей, снижения работоспособности. В период проведения импульсных баротренировок (ИБТ) у 5 пациентов после первых сеансов (1-3) выявлены преходящие ощущения сонливости, легкий шум в голове, заложенность в ушах, иногда головокружения. По завершению курса тренировок клинические наблюдения подтвердили, что абсолютное большинство пациентов отметили улучшение общего самочувствия, повышение настроения, увеличение работоспособности.

Наглядным подтверждением эффективности ИБТ явилась динамика артериального давления в сторону снижения. Показатели систолического артериального давления (Адс) уменьшились с 146,2±8,1 мм рт.ст. до 124,2±7,6 мм рт.ст. (P<0,05), а диастолического давления (АДд) с 89,3±3,4 мм рт.ст. до 82,1±2,8 мм рт.ст. (P<0,05), что свидетельствует о положительной тенденции в характере гемодинамических сдвигов аппарата кровообращения и повышении переносимости к нагрузке баровоздействием. Другим информативным признаком явилось достоверное снижение "двойного произведения" (ДП) с 109,4±6,2 усл.ед. до 90,71±5,8 усл.ед. (P<0,05), указывающее на уменьшение потребности миокарда в кислороде в ответ на дозированную тренирующую нагрузку баровоздействием. Следует отметить, что курс ИБТ оказал благотворное влияние и на психологическое состояние больных. При сравнении показателей теста САН отмечается достоверное улучшение самочувствия с 50,3±1,8 балла до 55,6±1,9 балла (P<0,05), активности с 49,3±1,9 балла до 54,5±1,4 балла, настроения с 49,23±1,8 балла до 54,4±1,9 балла (P<0,05). По тесту Люшера повысилась работоспособность и снизился уровень стресса.

Заключение: результаты исследований подтверждают, что курс лечения больных ГБ на рабочем месте с помощью импульсных баротренировок является эффективным, хорошо переносимым и безопасным методом.

0312 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕВЕТЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В УСЛОВИЯХ НАПРЯЖЕННОЙ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ СМЕННОМ РЕЖИМЕ РАБОТЫ

Еникеев А.Х., Замотаев Ю.Н., Косов В.А.
ФГУ Центральный клинический санаторий «Архангельское», Москва, Россия

Цель исследования: изучение гипотензивной эффективности теветена на психофизиологические функции и качество жизни пациентов, работающих в условиях напряженной производственной деятельности при сменном режиме работы.

Материалы и методы: в исследовании участвовало 58 пациентов в возрасте от 38 до 52 лет (средний возраст 44,7±3,9 лет), с умеренной гипертонической болезнью (ГБ). Длительность курса составила 12 нед. Оценивалась эффективность лечения при разном режиме применения препарата. С этой целью пациенты были разделены на две группы. Больные 1-й группы (31 чел.) получали препарат утром, за 1 час до начала утренней рабочей смены, больные 2-й группы (27 чел.) - вечером, перед началом ночной смены. Средняя терапевтическая доза составила 300 мг.

Полученные результаты: у абсолютного большинства пациентов наблюдался хороший гипотензивный эффект теветена при его назначении в разное время суток. Через 12 нед. лечения у больных уменьшились головная боль, чувство тревоги, улучшилось настроение, повысилась работоспособность. Анализ гипотензивного действия лизорила, проведенный раздельно в двух группах, получавших препарат в разное время суток, свидетельствует, что достоверных различий между группами по степени влияния на показатели АД не выявлено. В обеих группах наблюдается положительная динамика суточного профиля АД, при достоверном снижении среднесуточного САД на 10,3% и 10,1% и ДАД на 9,1% и 8,9% соответственно, что позволяет рассматривать полученные результаты при сравнительной оценке режима назначения препарата как вполне надежные. Аналогичные данные получены и по другим показателям суточного профиля АД. Так, САД день в 1-й группе снизилось на 11,8%, во 2-й на 12,8%; ДАД день соответственно на 12,4% и 10,4%; САД ночь на 11,4% и 11,6%, ДАД ночь на 11,9% и 11,7%, т.е. достоверных различий между группами по степени влияния препарата на эти показатели не выявлено.

Помимо снижения САД и ДАД терапия теветеном привела к уменьшению величины и скорости утреннего подъема АД. Эти показатели снизились: в 1-й группе величина утреннего подъема САД на 21,9%, ДАД на 18,9% , во 2-й группе соответственно - САД на 22,6% и ДАД на 18,5%. Аналогичным образом снизились показатели скорости утреннего подъема, где в 1-й группе САД уменьшилось на 25,1%, ДАД на 29,0%; во 2-й группе – САД на 24,5% и ДАД на 27,5%, что является благоприятной динамикой которую можно расценивать как снижение степени риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

Заключение: применение теветена является эффективным средством лечения артериальной гипертонии у данной категории пациентов. Благоприятная динамика АД наблюдалась при различных режимах приема препарата, что имеет существенное значение при сменном ритме работы.

0313 АКТИВНАЯ ОРТОПРОБА В КАЧЕСТВЕ МАРКЕРА АДЕКВАТНОСТИ ТРЕНИРОВОК БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭЛЕКТРОМИОСТИМУЛЯЦИИ, БАССЕЙНА, ВЕЛОТРЕНИРОВОК

Енина Т.Н. , Валеева В.И., Верхошапова Н.Н., Береснева В.Л., Шанаурина Н.В.
ФГУ «Центр реабилитации ФСС РФ «Тараскуль», Тюмень, Россия

Цель: изучить возможность применения активной ортопробы (АОП) в качестве маркера адекватности реабилитации больных инфарктом миокарда (ИМ) на санаторном этапе с использованием электромиостимуляции (ЭМС), бассейна, велотренировок (ВТ).

Обследовано 524 больных в возрасте 48,7±0,4 лет через 47,9±1,5 дней после ИМ, из них: группа контроля - 163, с использованием ЭМС - 81, бассейна - 144, ВТ – 136. Исследованы в динамике: ВРС в покое на 5-мин. участке ЭКГ и в АОП, толерантность к физической нагрузке (ТФН), ЭхоКГ, СМЭКГ.

Выделено 2 типа реакции в АОП: 1-ый тип – с увеличением LF%, 2-ой тип – со снижением LF%. Установлена сопряженность показателя LF% в АОП с общей мощностью спектра сердечного ритма (ТР) в покое, тяжестью органического повреждения миокарда вследствие ИМ. У лиц с ТР<500 мс2 2-ой тип реакции в АОП наблюдался в 66% случаев, с 500≤ТР ≤1500 мс^2 - в 52%, с ТР>1500 мс^2 - в 45%. В группе с ТР<500 мс^2 + ФВЛЖ<40% 2-ой тип в АОП наблюдался в 71%; с ТР<500 мс^2 + ФВЛЖ<40% + постинфарктная стенокардия - в 75%; с ТР<500 мс^2 + NYHA III - в 68%; с ТР<500 мс^2 + NYHA III + постинфарктная стенокардия - в 69%. Выявлена корреляция LF% в АОП с возрастом (r=-0,30, p=0,000001), наличием АГ (r=-0,27, p=0,00002), количеством метров в тесте 6-мин. ходьбы (r=0,31, p=0,002), ЛП (r=-0,19, p=0,004), ОЛП (r=-0,15, p=0,021), ПП (r=-0,18, p=0,006), ПЖ (r=-0,17, p=0,009), с количеством суправентрикулярных экстрасистол (r=-0,22, p=0,001), и их количеством в час (r=-0,21, p=0,003), градациями желудочковых экстрасистол по Lown (r=-0,14, p=0,043). Установлено, что смена 1-го типа реакции в АОП на 2-ой в ходе реабилитации, а также признаки симпатической гиперреактивности в АОП (превышение LF/HF в динамике более чем в 2 раза от исходной реактивности) сопровождаются усугублением вегетативного дисбаланса, снижением ТФН, замедлением восстановительных процессов в миокарде по данным ЭХОКГ.

В группе ЭМС количество пациентов с 1-ым типом в АОП увеличилось с 40% до 44% (в контрольной группе исходно 54% и 41% в динамике); в группе с применением тренировок в бассейне - увеличилось с 47% до 49% (в контрольной группе 42% и 46% соответственно); в группе ВТ - увеличилось с 48% до 55% (в контрольной группе 56% исходно и 48% в динамике).

Результаты исследования показали безопасность и эффективность применения ЭМС и бассейна в реабилитации больных ИМ на санаторном этапе. АОП может быть использована в качестве маркера состояния адаптивных возможностей организма и адекватности проводимых реабилитационных мероприятий. Пациенты с 1-ым типом реакции обладают более низким «реабилитационным потенциалом», требуют более щадящих реабилитационных программ. Смена типа реакции в АОП с 1-го на 2-ой в ходе реабилитации свидетельствует об истощении функциональных резервов организма на начальных стадиях реабилитации, которое может иметь скрытый характер, манифестируя в виде неадекватной реакции в АОП.

0314 АНТИАРИТМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ РАМИПРИЛА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Еременко Е.Ю., Соколова Л.А.
Санкт-Петербургская медицинская академия им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Цель: оценить динамику эпизодов гемодинамически значимых суправентрикулярных нарушений ритма сердца (СВНРС) у больных артериальной гипертензией (АГ), осложненной гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ), на фоне трехмесячной антигипертензивной терапии, основанной на рамиприле (амприлан фирма «KRKA», Словения).

Методы: обследовано 22 пациента с гипертонической болезнью II стадии (АГ I и II степени), осложненной ГЛЖ, имеющие СВНРС, без значимой сопутствующей патологии. Из них – 17 мужчин и 5 женщин в возрасте 39-60 лет. Всем пациентам до и после трехмесячного лечения проводилось Холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМЭКГ) с суточным мониторированием А/Д (СМАД), ЭКГ, ЭхоКГ с допплер КГ.

Результаты: по степени ответа на терапию амприланом больные были разделены на 2 группы: I группа (10 человек) получала монотерапию амприланом 10 мг в сутки, II группа (12 человек) в связи с отсутствием достижения целевого уровня АД в течение трех недель получала комбинированную терапию амприланом 10 мг и гипотиазидом 12,5 мг в сутки. Значения среднесуточного САД до терапии в группах I и II составили 147,0±4,2 и 160,8±5,0, а ДАД 93,5±2,4 и 100,4±5,8 мм рт.ст. соответственно. В динамике в группах I и II эти показатели уменьшились до 127,0±7,9 и 138,3±3,4, а ДАД 78,5±6,1 и 84,6±5,0 мм рт.ст. соответственно. На фоне антигипертензивной терапии наблюдалась тенденция к уменьшению индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ). Так, до и после лечения у пациентов I группы среднее значение ИММЛЖ равнялось 127,8±3,6 и 126,2±3,3 г/м^2 соответственно, а у пациентов II группы- 159,6±12,1 и 158,1±12,3 г/м^2 соответственно. До начала медикаментозной терапии в структуре СВНРС у пациентов обеих групп преобладали групповая и парная предсердная экстрасистолия, пароксизмальная форма фибрилляции предсердий регистрировалась у 6 пациентов (1 пациента группы I и у 5 пациентов группы II).

На фоне лечения амприланом частота регистрации групповой предсердной экстрасистолии у пациентов I и II групп снизилась на 20 и 25% соответственно, а частой одиночной предсердной экстрасистолии – на 20 и 8% соответственно. Кроме того, в обеих группах существенно сократилось число эпизодов ФП: в I группе – на 10%, а во II группе на 25%. Также не зарегистрированы новые эпизоды ФП у пациентов обеих групп.

Выводы: Трехмесячная гипотензивная терапия, основанная на рамиприле (амприлане фирма «KRKA»), в исследуемых группах пациентов приводит к значительному уменьшению эпизодов суправентрикулярных нарушений ритма сердца. При этом степень антиаритмической эффективности амприлана более выражена у пациентов с более значимой артериальной гипертензией и гипертрофией левого желудочка.

0315 РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ИБС, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНВАЗИВНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

Еременко И.А., Антюфьев В.Ф.
ОБВЛ «Озеро Чусовское», Екатеринбург, Россия

Цель: оценка динамики толерантности к физической нагрузке (ДФН) в процессе медицинской реабилитации (МР) у больных ИБС, перенесших острый инфаркт миокарда, в зависимости от тактики лечения и осложнений острого периода.

Материалы и методы. Исследование у 76 мужчин, 49,9±6,8 лет, переведенных для реабилитации через 14-27 дней после перенесенного острого первичного ИМ. По тактике лечения ИМ 2 группы: группа консервативного лечения (КЛ) – 39 больных (51%), группа инвазивного лечения («ЧКВ») – 37 (49%), которым провели «первичное» ЧКВ на инфаркт-связанной артерии. Ангиография: значимый стеноз одного сосуда 14 больных (37,8%), двух – 15 (40,5%), трех – 8 (21,6%). ЧКВ только на инфаркт-связанной артерии с установкой стентов. По осложнениям: группа 1 («Г-1») – не осложненное течение - 52 больных (68,42%), группа 2 («Г-2») – осложненное течение - 24 (31,58%). Осложнения в «Г-2»: у 10 угрожающие аритмии (42%), у 3–х желудочковая тахикардия, у 2-х преходящая А-В блокада III ст, 5 фибрилляция предсердий, 8 (33%) – аневризма, 4 (17%) ХСН 3 ФК, 1 - кардиогенный шок, 1 - рецидив ИМ.

МР 23 дня, включала медикаментозную компоненту (школа кардиолога) и лечебную физкультуру (ЛФК). ЛФК: терренкур и пульс - лимитированные тренировки на активно-пассивном велотренажёре «THERA-VITAL», беговой дорожке «Kardiomed–Mill». Исследование толерантности к физической нагрузке (ТДФН) по Ramp, «тредмил-комплекс» «Quest» Exercise Stress System.

Полученные результаты. Исходная работоспособность не отличалась: 8,31±2,9 МЕТ в группе «КЛ» и 9,0±2,76 МЕТ в группе «ЧКВ» (p=0,3). Максимальная нагрузка исходно превышала 6 МЕТ - 29 человек (74,4%) и 31 человек (83,8%), p>0,05. После МР в группе «ЧКВ» увеличение работоспособности: на 1,57±1,60 МЕТ (17,44%), p<0,001. В группе «КЛ» недостоверно на 0,7 МЕТ (8,42%). Пороговая величина МЕТ при повторном тесте в «ЧКВ» достоверно больше, чем в группе «КВ»: 10,55±3,12 МЕТ и 9,02±2,63 МЕТ (p=0,02). Пороговая величина МЕТ после МР больше 6 МЕТ у 37(100%) больных, группы «ЧКВ», p > 0,001.

Толерантность к ДФН в процессе МР в зависимости от осложнений острого периода ИМ. До МР число больных, с пороговой нагрузкой выше 6 МЕТ, в «Г-1» - 42 человека (80,77%), в «Г-2» - 18 (75,0%). После МР в группе «Г-1» возросло до 47 человек (90,39%) и в группе «Г-2» до 21 (87,5%), различия не значимы. После МР в обеих группах увеличение работоспособности: на 1,13±2,40 МЕТ в «Г-1» (12,7%), p<0,001 и на 1,10±1,20 МЕТ (13,8%), p<0,001) в группе «Г-2».

Заключение: У больных ИБС подвергшихся в остром периоде ИМ, ЧКВ на инфаркт-связанной артерии, после МР с применением пульс лимитированных физических тренировок, более выраженное увеличение толерантности к ДФН, по сравнению с пациентами леченными консервативно. У больных с осложненным течением острого периода ИМ, увеличение толерантности к ДФН, более выраженное, чем у пациентов с не осложненным течением. Все больные, с осложненным течением острого периода ИМ, успешно освоили физическую составляющую МР. Убедительных данных, об увеличении риска осложнений у пациентов с осложненным течением острого периода ИМ, не получено.

0316 ОПЫТ АНДРОГЕНОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, МАНИФЕСТИРУЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ И ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Есилевский Ю.М., Клейнард В.Г.
ММА им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель: показать роль препарата НЕБИДО в лечении метаболического синдрома, манифестирующего хроническим простатитом и эректильной дисфункцией.

Методы: 60 больных неинфекционным хроническим простатитом основной (40) и контрольной (20) групп среднего возраста 46,5±4,6 лет обследованы клинико-лабораторно, по шкалам СОС-ХП, МИЭФ, AMS, проводили УЗДГ мужской половой системы, исследовали тестостерон крови в связи с ухудшением сексуальной функции,

Больным основной группы дополнительно к фармако- физиотерапии назначался препарат Небидо 4 мл внутримышечно 1 раз в 3 месяца – в течение года. При возрастании показателя Т ≥18 нмоль/л ежеквартальную инъекцию пропускали.

Результаты: У 70% обследованных больных выявлены признаки метаболического синдрома и определенные клинические признаки андрогенодефицита. Показатели общего тестостерона крови нормально-низкие (12-18 нмоль/л, ср.= 13,5±1,5 нмоль/л)*(* - p≤0,01).

У 16 больных основной группы в результате нескольких инъекций Небидо исчезла симптоматика андрогенодефицита и показатели тестостерона увеличились выше уровня «серой зоны». Последние поднялись до 16,0±1,2 нмоль/л после однократной инъекции и до 19,0±1,5 нмоль/л после ежеквартальных инъекций в течение 1-1,5 лет наблюдения. В контрольной группе показатели увеличились до 15,0±2,0 нмоль/л.

У 10 больных основной группы в результате однократного введения Небидо показатели общего тестостерона нормализовались (т.е. стали выше 20 нмоль/л) как результат импульсного гормонального воздействия, и им повторные введения по схеме не потребовались в течение 1/2 – 1 года наблюдения. Т.е. импульсное введение Небидо оказало достаточное стимулирующее влияние на резервы гормональной саморегуляции андрогенозависимых функций.

По результатам анкетирования СОС-ХП отмечено уменьшение баллов с 13,5±1,8 до 8±0,8*, увеличение баллов МИЭФ с 16,1±1,1 до 20,3±0,9* и уменьшение баллов AMS с 30±1,5 до 20±1,6*(* - p≤0,01).

УЗДГ простаты: до лечения Vmax=9,3±0,47 (см/с), IR=0,68±0,06, PI=1,18±0,05. Через 1 месяц комплексного лечения с включением однократного введения Небидо Vmax=11,4±0,85*, IR=0,59±0,06, PI=1,05±0,07.* УЗДГ семенных канатиков: до лечения Vmax=9,0±0,51, IR=0,78±0,08, PI=1,93±0,15. После лечения Vmax=10,4±0,47*, IR=0,72±0,07, PI=1,65±0,16. УЗДГ полового члена: до лечения Vmax=11,0±1,1, IR=0,85±0,03, PI=3,32±0,35. После лечения Vmax=14,6±1,4*, IR=0,9±0,03, PI=2,56±0,25*(* - p≤0,01).

Выводы. Выдвинут новый дополнительный критерий доказательства наличия у больного простатитом в сочетании с метаболическим синдромом относительного андрогенодефицита, а именно: низкий уровень местного кровообращения в органах мужской половой системы (по данным УЗДГ), поскольку симптоматика метаболического синдрома, относительный андрогенодефицит, хронический простатит, ассоциированный с эректильной дисфункцией, снижение местного кровотока и застойные явления в органах малого таза оказались взаимно связанными состояниями. Суть включения Небидо в лечение больных простатитом с клиническим проявлением относительного андрогенодефицита состоит не в замещении, а в импульсной стимуляции, которую обеспечивает введение препарата пролонгированного тестостерона. При этом рассчитывают на восстановление андрогенозависимых функций после такой импульсной стимулирующей терапии.

0317 ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ИЗМЕРЕННОГО ПО МЕТОДУ Н.С. КОРОТКОВА

Ефремушкин Г.Г.
Алтайский государственный университет, Барнаул, Россия

Цель исследования: оценить соответствие терминов, характеризующих показатели артериального давления (АД) при его измерении по методу Н.С. Короткова.

Материалы и методы. Обследовано 30 человек (здоровых – 10, с заболеваниями желудочно-кишечного тракта – 5, с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца – 15) в возрасте 22-85 (M=63,3±2,8) лет. Исследовалась плечевая артерия (ПА) с использованием аппарата Рива-Роччи по методу Н.С. Короткова и дуплексное сканирование артерии. Определялись максимальная (max) и минимальная (min) скорости кровотока (V см/с), диаметр просвета сосуда, площадь живого сечения, объемный расход крови (Q $см^3$/с) и удельная кинетическая энергия (hv) (скоростной напор).

Результаты. V и Q в систоле были больше, чем в диастоле в 7 раз, hv – в 47 раз. Q и hv кровотока в ПА в диастоле оказалась меньше венозного в 3 и 5 раз соответственно, исходя из этого АД в диастоле не должно превышать 8-10мм.рт.ст., а значит диастолическое АД не может находиться рядом с цифрами последнего тона Короткова. От первого до последнего тоны Короткова формируются в систоле за счет гемодинамического удара различной интенсивности. В несдавленной ПА истинное систолическое АД по шкале манометра находится ниже АДmin на 15-20мм.рт.ст.

«Диастолическое» АД методом Н.С. Короткова практически измерить невозможно, а, следовательно, этот термин не имеет права на существование, так как первый и последний тоны Короткова формируются во время прохождения систолической пульсовой волны, то по ним можно судить только об интенсивности гемодинамического удара в процессе сдувания манжеты тонометра. О пульсовом давлении (разница между АДmax и АДmin) судить невозможно, так как АДmin не определяется.

Заключение. Термины «диастолическое» и «пульсовое» АД не соответствуют регистрируемым показателям при измерении АД по Н.С. Короткову. По-видимому, более правильно было бы заменить их терминами: «АД максимального гемодинамического удара» или «АД систолическое максимальное» (САДmax) и «АД систолическое минимальное» (САДmin) – близкое к истинному систолическому АД. «Пульсовое» давление – это, по сути, разность между значениями максимального и минимального гемодинамического удара (по шкале манометра) и отражает степень сдавления ПА и кинетическую энергию пульсовой волны.

0318 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Жанатбекова А. К., Чиныбаева А.А.
Государственная медицинская академия, Семей, Казахстан

Традиционно принятые при обследовании пациентов разовые измерения артериального давления (АД) не всегда отражают истинные его величины, не дают представления о суточной динамике, поэтому затрудняется диагностика артериальной гипертензии, подбор антигипертензивных препаратов, оценка их эффективности (особенно при однократном применении) и адекватность лечения.

Суточное мониторирование артериального давления (АД) позволяет получать большую диагностическую информацию по сравнению с традиционным способом измерения АД. Анализ суточного профиля АД позволяет определить не только средние 24-часовые значения АД, но и такие показатели, как вариабельность, степень ночного снижения АД. СМАД - единственный неинвазивный метод обследования, который позволяет выявлять больных с ночной гипертонией, у которых повышен риск поражения органов-мишеней

Цель исследования: изучение вариабельности АД у больных с артериальной гипертонией (АГ) тяжелого течения.

Материалы и методы: В исследование были включены 20 больных с АГ тяжелого течения – 15 женщин, 5 мужчин. Средний возраст больных составил у женщин 56±8,6 лет, у мужчин - 59±12,9 лет. Суточное мониторирование АД (СМАД) проводилось на аппарате МнСДП-2. Степень ночного снижения (СНС) АД рассчитывали по разнице между средними значениями систолического и диастолического АД (САД, ДАД), определенными за периоды бодрствования и сна, и выражали в относительных (в процентах от дневного значения) величинах.

Результаты: Средние показатели АД у женщин в дневное время составили 166,0±22,0/96,0±10,0 мм рт.ст, в ночное время 152,2±19,3/84,1±8,6 мм рт.ст; у мужчин представлены следующие показатели АД в дневные часы 162,6±11,6/89,6±12,9 мм рт.ст, в ночные часы – 140,4±26,6/78,0±15,9 мм рт.ст. Согласно классификации больных АГ в зависимости от СНС АД, все больные были распределены на следующие группы: “дипперы” – 6 (30%) пациентов, “нондипперы” – 8 (40%) человек, “гипердипперы” – 3 (15%) больных и “найтпикеры” – 3 (15%) пациента.

Обсуждение и выводы: Ранее было установлено, что с тяжестью АГ увеличивается число нондипперов, т.е. больных, у которых отмечается недостаточная СНС АД.

Таким образом, суточный профиль АД при артериальной гипертонии тяжелого течения характеризуется недостаточным снижением в ночное время.

0319 ВЗАИМОСВЯЗЬ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

Жданкина Н.В.
ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Росздрава», Нижний Новгород, Россия

Цель: выявить взаимосвязь суточного профиля артериального давления (АД) и показателей гормонального профиля при артериальной гипертензии (АГ) у больных гипоталамическим синдромом пубертатного периода (ГСПП).

Материалы и методы: обследовано 68 юношей (средний возраст 18 [18;21] лет), страдающих ГСПП с АГ. Всем обследуемым проводилось суточное мониторирование АД (СМАД), а также исследование уровня С-пептида хемилюминесцентным методом и экскреции норадреналина, адреналина и дофамина в суточной моче хроматографическим методом. Для оценки суточного профиля АД использовали среднеарифметические значения систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) за сутки, в дневные и ночные часы. Для количественной оценки величины «нагрузки давлением» использовали показатели индекса времени САД и ДАД (ИВ САД, ИВ ДАД), а также индекса площади САД и ДАД (ИП САД, ИП ДАД). Кроме того, оценивалась вариабельность САД и ДАД днем и ночью.

Полученные результаты: у обследованных пациентов при проведении СМАД в дневные часы выявлена стойкая (ИВ САД днем 52[37;77]%, ИП САД за сутки – 44,6[9,7;137] мм рт.ст) преимущественно систолическая АГ первой степени (среднее САД 142[136;149] мм рт.ст) с высокой вариабельностью САД (17[12;19] мм рт.ст). При исследовании гормонального профиля выявлена гиперинсулинемия, подтверждаемая высоким уровнем С-пептида (1470[867;1980] мкМЕ/мл), увеличение экскреции адреналина регистрировалось у 11 (16,2%), дофамина – у 8 (11,8%), норадреналина – у 4 (5,9%) юношей. Для оценки взаимосвязи между показателями СМАД и гормональным профилем больных был проведён корреляционный анализ. Показатели среднего САД и ДАД в дневные часы обратно коррелировали с уровнем дофамина (r=-0,32, p=0,03; r=-0,37, p=0,01). Такая корреляция, возможно, связана с недостаточностью гипоталамических дофаминергических структур у пациентов с ГСПП. ИВ САД в дневные часы прямо коррелировал с уровнем норадреналина (r=0,25; p=0,048) в суточной моче. Прямая связь была выявлена между вариабельностью САД и содержанием норадреналина (r=0,42, p=0,005), адреналина (r=0,47, p=0,002) и дофамина (r=0,43, p=0,005). Ряд показателей нагрузки давлением также коррелировал с уровнем катехоламинов: ИП САД и ИВ САД ночью с уровнем норадреналина (r=0,34, p=0,04; r=0,34, p=0,03). Таким образом, подтверждается предположение об увеличивающем действии катехоламинов на уровень и вариабельность АД. Кроме того, нами была выявлена обратная связь между вариабельностью как систолического, так и диастолического АД с повышенным уровнем С – пептида (r=-0,47, p=0,01; r=-0,36, p=0,04). Данным влиянием С-пептида на вариабельность, вероятно, можно объяснить возникновением стойкой АГ при гиперинсулинемии.

Выводы: преимущественно систолический характер АГ у больных ГСПП с высокой вариабельностью АД в течение суток, по-видимому, связаны с высоким уровнем гормонов симпатической нервной системы. Гиперинсулинемия у данной группы пациентов способствует стабилизации АГ.

0320 МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПЛЕЙОТРОПНОГО ДЕЙСТВИЯ СТАТИНОВ НА РАЗВИТИЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА АОРТЫ У ЧЕЛОВЕКА

Жданов В.С., Черпаченко Н.М., Дробкова И.П., Веселова С.П., Залесская М.В.
ФГУ РКНПК, Москва, Россия

Цель: изучить морфологические изменения в интиме аорты больных атеросклерозом при лечении статинами.

Материал и методы. Исследовали фрагменты аорт, полученные при АКШ у мужчин 45-65 лет. Сравнивали аорты больных, принимавших (52 человека) и не принимавших (47 человек) статины. Изучена толщина интимы, а также содержание в ней макрофагов (Мф), гладкомышечных клеток (ГМК), коллагеновых структур (КЛ) и гликозаминогликанов (ГАГ). Для визуализации Мф использовали гистохимическую реакцию на кислую фосфатазу, ГМК – выявляли с помощью НАД-диафоразы, КЛ окрашивали методом Массона, ГАГ – толуидиновым синим. Количественная оценка изучаемых структурных компонентов проводилась методом компьютерной морфометрии тканей с использованием системы цифровой обработки и анализа изображений (Фотошоп 7). Площадь, занятая указанными компонентами, представлена в процентах от площади изучаемого участка интимы аорты

Результаты. Во всех исследованных аортах как в контрольной группе, так и в группе больных, получавших статины, обнаружены атеросклеротические изменения 3-х видов: 1) первичный внеклеточный липоидоз, характеризующийся отложением в межуточном веществе интимы пылевидных или мелкокапельных липидов; 2) липидные пятна с накоплением липидов в макрофагах и ГМК на фоне первичных внеклеточных липидов; 3) зрелые липидные пятна, характеризующиеся распадом пенистых клеток и накоплением в интиме вторичных внеклеточных липидов, свидетельствующих о начале образования атеросклеротической бляшки. На этих стадиях развития атеросклероза толщина интимы аорты у леченных статинами больных была на 20% меньше по сравнению с больными, не принимавшими эти препараты. Количество Мф в интиме аорты больных, леченных статинами, по сравнению с не леченными больными было в 2 раза меньше при первичном внеклеточном липоидозе, в 2,7 раза - в липидных пятнах и на 15,3% - при вторичном внеклеточном липоидозе. При всех типах липоидоза в аорте больных, принимавших статины, отмечено увеличение содержания ГМК примерно на 20%. Лечение статинами приводило к уменьшению площади интимы, занятой КЛ, при этом по мере прогрессирования атеросклероза это уменьшение возрастало: при первичном внеклеточном липоидозе оно составляло 7%, в липидных пятнах - 15,1%, в зрелых липидных пятнах – 18,4%. Содержание ГАГ в интиме имело тенденцию к снижению при применении статинов.

Выводы. Обнаружены морфологические проявления плейотропного влияния статинов на развитие атеросклероза в аорте человека, что нашло отражение в уменьшении гиперплазии интимы, выраженности воспалительного компонента (МФ) и степени развития соединительно-тканных структур (КЛ и ГАГ). Эти изменения свидетельствуют о замедлении развития атеросклероза в аорте под влиянием статинов. Эти же морфологические изменения можно расценивать как проявление регрессии атеросклеротических поражений в аорте.

0321 ОСОБЫЙ ТИП КАЛЬЦИНОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ, НЕ СВЯЗАННЫЙ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМИ БЛЯШКАМИ

Жданов В.С., Веселова С.П.
ФГУ РКНПК, Москва, Россия

Цель: Изучить механизмы развития кальциноза интимы коронарных артерий (КА) вне атеросклеротических бляшек.

Материал и методы: Проведены морфологические исследования эндартерэктомированных сегментов КА, полученных при операциях аорто-коронарного шунтирования по поводу хронической формы ишемической болезни сердца (ИБС) у 102 мужчин

в возрасте 49–72 лет. Длина исследованных сегментов КА колебалась от 4 до 18 см. КА рассекали на поперечные блоки длиною 0,3–0,4 см. В гистологических срезах КА проводили выявление липидов (окрашивание срезов жировым красным О), эластических и коллагеновых волокон, а также солей кальция (по методу Косса). По той же программе исследованы КА у 18 умерших больных, страдавших ИБС.

Результаты: Развитие атеросклероза в КА во всех случаях наблюдалось на фоне выраженного утолщения их интимы, вследствие ее гиперплазии и склероза (толщина интимы КА вне атеросклеротических бляшек превышала толщину медии в 4-6 раз).

У 82,3% оперированных больных в участках значительного фиброзно-мышечного утолщения интимы (однако, вне атеросклеротических бляшек) имелись очаги некрозов с отложением в них солей кальция. Размеры очагов некрозов интимы колебались в широких пределах, в отдельных случаях они распространялись на большую часть окружности КА. Характерно, что кальцификация этих некрозов была наиболее выражена в их периферических частях. При полной кальцификации некрозов в интиме КА образуются различной формы и размеров кальциевые пластинки ("пластинчатый" кальциноз). Некротизированные участки интимы обычно содержали незначительное количество рыхло рассеянных липидных частиц, в отдельных случаях они совсем отсутствовали. Вокруг описываемых очагов кальциноза и по всей окружности артерии в склерозированной интиме можно было иногда наблюдать внеклеточные отложения липидов по ходу коллагеновых волокон, однако, без признаков формирования атеросклеротических бляшек. Толщина кальциевого слоя вокруг очага некроза имеет большие различия. Характерным является его распространение от периферии очага некроза к его центру; об этом можно судить по интенсивности отложения солей кальция в очагах некрозов интимы: они всегда были более выраженными в периферических, чем в центральных частях некрозов. В 5% случаев у оперированных больных наблюдалось разрушение интимы КА над очагами кальцифицированных некрозов, часто с разрушением кальциевых пластин на отдельные фрагменты.

Заключение: Кальциноз КА в эндартерэктомированных сегментах КА, полученных при аорто-коронарном шунтировании по поводу ИБС, часто (в 82,3%) наблюдался вне атеросклеротических бляшек, развитие его связано с некрозами интимы КА.

0322 СМЫСЛ ЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ КАК ФАКТОР РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ СОЦИАЛЬНЫМИ ПОЗИЦИЯМИ

Женчевская Ю.В., Шаробаро В.И.
ГОУ ВПО СГМА, Смоленск, Россия

Цель исследования. Сравнить жизненные ориентации у пациентов с различными социальными характеристиками.

Материалы и методы. 50 больных ИМ в возрасте 51,4±6,47 лет и 10 лиц контрольной группы, сопоставимых по полу, возрасту и образованию, с отсутствием жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы и ишемических изменений сегмента ST во время проведения нагрузочного теста. Обеим группам осуществлено ретроспективное тестирование по опроснику «Смысл жизненных ориентаций» (2006 г.). Для статистической обработки использовано программное приложение Statistica 6,0 for Windows 2003.

Результаты исследования. У больных ИМ средняя величина IV шкалы теста («Я-хозяин жизни») превышала аналогичный показатель группы контроля ($p_н<0,05$). В зависимости от возраста пациентов различий шкальных величин не выявлено.

У больных с высшим образованием (ВО) (n=27) были повышены общий показатель осмысленности жизни и балл IV шкалы в сравнении с лицами контрольной группы с ВО (n=6) ($p_н<0,05$). Больные, занимающиеся до госпитализации умственным трудом (n=31), имели более высокие средние баллы по всем шкалам теста по сравнению с группой сравнения (I - «цели в жизни», II - «процесс жизни, эмоциональная насыщенность жизни», III - «результативность жизни или удовлетворенность самореализацией», IV - «Я-хозяин жизни», V - «управляемость жизни», ОЖ) ($p_н<0,05$) и общего показателя осмысленности жизни, I, III и V шкал в отличие от пациентов преимущественно физического труда ($p_1<0,05$). Больные, занимающиеся управленческим трудом (n=23), имели более высокие общий показатель ОЖ, II, IV и V шкал в сравнении с группой контроля ($p_н<0,05$) и балл ОЖ, III, IV и V шкал по сравнению с пациентами, не занимающими руководящие должности (n=21) ($p_1<0,05$).

У больных, состоящих в браке (n=44), были выявлены более высокие общий балл теста и IV шкалы по сравнению с контрольной группой ($p_н<0,05$), и II шкалы относительно разведенных больных (не женатые, разведенные, вдовцы) (n=14) ($p_1<0,05$).

Пациенты, употребляющие алкоголь и не имеющие зависимости от него (n=36), имели более высокие величины общего показателя осмысленности жизни и IV шкалы ($p_н<0,05$).

Выводы. Пациентам до развития ИМ была характерна повышенная целеустремленность, они воспринимали свою жизнь как эмоционально насыщенную, наполненную смыслом, положительно оценивали пройденный отрезок жизни и были убеждены в том, что сами могут контролировать свою жизнь и самостоятельно осуществлять дальнейший выбор. Подобные характеристики наиболее выражены у больных ИМ с высшим образованием, занимающихся управленческим трудом, испытывающих высокие психоэмоциональные нагрузки, употребляющих алкоголь, но не имеющих зависимости от алкоголя. Найденные статистические закономерности требуют дальнейшего поиска причинно-следственных взаимосвязей и проведения кластерного анализа для исключения определяющего влияния на развитие заболевания многочисленных других, не включенных в данную публикацию, факторов риска.

0323 САМОАКТУАЛИЗАЦИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ СОЦИАЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ

Женчевская Ю.В., Шаробаро В.И.
ГОУ ВПО СГМА, Смоленск, Россия

Цель исследования. Сравнить особенности самоактуализации личности больных у лиц с различным социальным положением.

Материалы и методы. 50 мужчин, госпитализированных по поводу ИМ, в возрасте 51,4±6,47 лет и 10 лиц контрольной группы, сопоставимых по полу, возрасту и образованию, с отсутствием жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы и ишемических изменений сегмента ST во время диагностического нагрузочного теста. Обеим группам осуществлено ретроспективное тестирование по опроснику Л.Я. Гозмана (изучение самоактуализации личности, 1995г). Математическую обработку результатов тестирования проводили при помощи программного приложения Statistica 6,0 for Windows 2003.

Результаты исследования. У больных ИМ показатель II шкалы теста (шкала поддержки) превышал аналогичную величину группы сравнения ($p_н<0,05$). Человек, имеющий высокий балл по этой шкале, относительно независим в своих поступках, стремится руководствоваться в жизни своими собственными целями, убеждениями и принципами, что, однако, не означает враждебности к окружающим.

Пациенты в возрасте 55 лет и старше (n=19) имели более высокие показатели II, III, VI, VIII, IX, XII, XIV шкал по сравнению с анализируемыми величинами контрольной группы (III-шкала ценностных ориентаций, VI-шкала спонтанности, VIII-шкала самоприятия, IX-шкала представлений о природе человека, XII-шкала контактности, XIV-шкала креативности) ($p_н<0,05$) и средних значений I, VI, IX шкал группы больных моложе 55 лет (n=33) ($p_1<0,05$).

Пациенты с высшим образованием (n=25) имели более высокие баллы по II, III, XIII шкалам по сравнению с лицами контрольной группы с высшим образованием (n=6) ($p_н<0,05$), X и XII шкал в отличие от показателей больных ИМ без высшего образования (n=29) ($p_1<0,05$).

Лица, занимающиеся до заболевания управленческим трудом (n=21), имели более высокие величины II, III, IX и XII шкал, больные с менее напряженными условиями работы (n=27) - II шкалы в сравнении с группой контроля (pн<0,05).

Пациенты с ИМ, спровоцированным психоэмоциональным стрессом (n=40), имели более высокие значения II, III, VI, IX и XIII шкал в сравнении с контрольной группой (pн<0,05). Средние показатели больных с ИМ, спровоцированным физической нагрузкой, не отличались от аналогичных величин у лиц контрольной группы. При сравнении групп пациентов ИМ между собой у лиц с психогенно спровоцированным ИМ были выявлены более высокие показатели по II, III, VII и IX шкалам теста (p1<0,05).

Выводы. Больным до развития ИМ были характерны высокая самоактуализация и направляемость личности «изнутри»; возможность спонтанного, не рассчитанного заранее способа поведения; они принимали себя такими, как есть и в целом оценивали природу человека как положительную. У 80% больных ИМ был спровоцирован хроническим психоэмоциональным стрессом.

0324 САМОАКТУАЛИЗАЦИЯ ЛИЧНОСТИ КАК ФАКТОР РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИМИ И РИТМОЛОГИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЕЙШЕГО ПЕРИОДА

Женчевская Ю.В., Шаробаро В.И.
ГОУ ВПО СГМА, Смоленск, Россия

Цель исследования. Сравнить особенности самоактуализации личности больных, предшествующие развитию ИМ, у пациентов с различными нарушениями ритма сердца и гемодинамическими изменениями в острейшем периоде.

Материалы и методы. 55 мужчин, госпитализированных по поводу ИМ, в возрасте 51,4±6,47 лет и 10 лиц контрольной группы, сопоставимых по полу, возрасту и образованию, с отсутствием жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы и ишемических изменений сегмента ST во время диагностического нагрузочного теста. Обеим группам проведено тестирование по опроснику Л.Я. Гозмана (изучение самоактуализации личности, 1995г), Холмса-Раге (2001г). Математическую обработку результатов тестирования осуществили при помощи программного приложения Statistica 6,0 for Windows 2003.

Результаты исследования. У больных с повышением АД в острейшем периоде ИМ (n=27) были достоверно выше средние баллы II, III, VI, VIII, IX и XII шкал по сравнению с контрольной группой (pн<0,05) и величины V и VI шкал относительно пациентов с нормальным АД (n=7) (p1<0,05). Больные с артериальной гипотонией в первые часы развития ИМ (n=21) не отличались от показателей группы сравнения и пациентов с нормотонией в первые часы развития ИМ (n=7) (pн<0,05). У больных с повышением АД были выше средние показатели X, XII и XIII шкал по сравнению с аналогичными величинами пациентов с гипотонией в острейшем периоде ИМ (p1<0,05).

Средний показатель XII шкалы пациентов с синусовой тахикардией, осложнившей течение первых часов ИМ (n=30), превысил аналогичную величину группы контроля (pн<0,05). У больных с синусовой брадикардией (n=11) были выявлены более высокие средние баллы II и III шкал по сравнению с контрольной группой (pн<0,05). Между группами больных с синусовой тахикардией (n=30) или брадикардией в острейшем периоде ИМ значимых различий не наблюдалось.

У пациентов с атриовентрикулярными блокадами II и III степеней, развившимися в результате ИМ, отличий от группы сравнения не найдено.

Выводы. Пациенты с различными нарушениями ритма сердца и гемодинамическими особенностями в острейшем периоде ИМ имели отличия по показателям самоактуализационного теста в сравнении с группой контроля и между собой. Больные до ИМ являлись «извне управляемыми», самоактуализированными личностями, что более характерно для лиц с артериальной гипертонией и синусовой брадикардией в острейшем периоде заболевания. Они имели реальную угрозу развития психосоматического заболевания и пониженную стрессоустойчивость и в 80% случаев связывали развитие ИМ у себя с психоэмоциональным стрессом.

0325 СМЫСЛ ЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ КАК ФАКТОР РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Женчевская Ю.В., Шаробаро В.И.
ГОУ ВПО СГМА, Смоленск, Россия

Цель исследования. Сравнить особенности жизненных ориентаций у пациентов с различными клиническими характеристиками ИМ, предшествующие развитию заболевания.

Материалы и методы. 50 мужчин, госпитализированных по поводу ИМ, в возрасте 51,4±6,47 лет и 10 лиц контрольной группы, сопоставимых по полу, возрасту и образованию, с отсутствием жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы и ишемических изменений сегмента ST во время диагностического нагрузочного теста. Обеим группам проведено ретроспективное тестирование по опроснику «Смысл жизненных ориентаций» (2006г).

Результаты исследования. Больные с ИМ, спровоцированным психоэмоциональным стрессом (n=40), имели более высокие показатели ОЖ, IV и V шкал в сравнении с контрольной группой (pн<0,05). У пациентов с ИМ, спровоцированным физической нагрузкой, средние значения шкал I и V оказались достоверно ниже, чем у лиц контрольной группы (pн<0,05). При сравнении групп больных ИМ между собой у пациентов с психогенно спровоцированным ИМ были выявлены более высокие показатели по всем шкалам теста (I - «цели в жизни», II - «процесс жизни, эмоциональная насыщенность жизни», III - «результативность жизни или удовлетворенность самореализацией», IV - «Я-хозяин жизни», V - «управляемость жизни», ОЖ - общий показатель осмысленности жизни) (p1<0,05).

Как пациенты с наличием артериальной гипертензии до ИМ по данным анамнеза (n=42), так и пациенты без нее (n=17) превышали показатели группы контроля по IV шкале теста (pн<0,05).

Между группами пациентов с различной локализацией ИМ различий не выявлено. Больные с Q ИМ (n=20) в наибольшей степени отличались от группы контроля - они имели более высокие общий показатель осмысленности жизни и балл IV шкалы (pн<0,05).

У больных с повышением АД в острейшем периоде (n=25) были достоверно выше балл ОЖ и IV шкалы по сравнению с контрольной группой (pн<0,05) и показатели ОЖ, II и V шкал относительно лиц с нормальным АД (n=7) (p1<0,05). Пациенты с артериальной гипотонией в первые часы развития ИМ (n=22) превышали аналогичный показатель группы сравнения по IV шкале теста (pн<0,05).

Между группами больных с синусовой тахикардией (n=30) или брадикардией (n=11) в острейшем периоде ИМ значимых различий не наблюдалось. Пациенты с атриовентрикулярными блокадами, осложнившими течение первых часов ИМ (n=8), имели более высокий показатель осмысленности жизни относительно контрольной группы (pн<0,05).

Выводы. Пациенты с различными клиническими особенностями ИМ имели отличия по показателям теста СЖО в сравнении с группой контроля и между собой. Для больных с ИМ, развившимся на фоне чрезмерной физической нагрузки, была характерна склонность жить сегодняшним или вчерашним днем с плохо обозначенной целью в будущем, неудовлетворенность прожитой частью жизни. У пациентов с повышенными показателями теста СЖО ИМ чаще развивался на фоне психоэмоционального стресса.

0326 РОЛЕВЫЕ ПАТТЕРНЫ ОТНОШЕНИЯ К ДРУГОМУ КАК ФАКТОР РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ СОЦИАЛЬНЫМИ ПОЗИЦИЯМИ

Женчевская Ю.В., Шаробаро В.И.
ГОУ ВПО СГМА, Смоленск, Россия

Цель исследования. Сравнить ролевые паттерны отношения к Другому у пациентов с различными биосоциальными критериями.

Материалы и методы. 60 мужчин ИМ в возрасте 51,4 6,47 лет и 10 лиц контрольной группы, сопоставимых по полу, возрасту и образованию, с отсутствием жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы и ишемических изменений сегмента ST во время проведения нагрузочного теста. Для исследования ролевых паттернов, предшествующих развитию ИМ, использован опросник МИРП (2001г). Статистический анализ был осуществлен при помощи программного приложения Statistica 6,0 for Windows 2003.

Результаты исследования. У больных ИМ средний балл V шкалы теста (V-отношение к партнеру по браку "хорошего семьянина") превышал аналогичный показатель группы контроля (рн<0,05). Пациенты в возрасте 55 лет и старше (n=16) имели более высокие значения I, II, III и V шкал по сравнению с аналогичными величинами контрольной группы (I-отношение к другому профессионала, II-невротические паттерны профессионального отношения к Другому, III-отношение к ребенку опытного родителя") (рн<0,05) и I шкалы при сравнении с показателями больных моложе 55 лет (n=38) (р1<0,05). Средние количественные показатели опросника МИРП пациентов, занимающихся до госпитализации умственным трудом (n=33), были достоверно выше по I, III и V шкалам аналогичных показателей группы сравнения (рн<0,05) и IV шкалы в отличие от лиц преимущественно физического труда (n=19) (р1<0,05).

Пациенты, занимающиеся управленческим трудом (n=23), имели более высокие показатели I, III,V шкал по сравнению с группой контроля (рн<0,05) и II, V шкал в сравнении с больными, не занимающими руководящие должности (n=22) (р1<0,05). У пациентов с высшим образованием (n=28) балл V шкалы был выше, чем у лиц контрольной группы (рн<0,05).

У больных, состоящих в браке (n=42) (первый брак у 34 человек (80,9%), были выявлены более высокие показатели II, III и V шкал по сравнению с контрольной группой (рн<0,05) и аналогичной величины V шкалы одиноких пациентов (не женатые, разведенные, вдовцы) (n=14) (р1<0,05).

Средние количественные показатели опросника МИРП у больных, употребляющих алкоголь (n=35), превышали сравниваемые величины теста контрольной группы по II, III и V шкалам (рн<0,05).

Выводы. Пациентам с ИМ была свойственна жесткость по отношению к противникам и активное преодоление их сопротивления в профессиональном плане; они требовательны к другим. Они старались во всем помочь своим детям, дом и счастье ребенка являлись для них важными ценностями. Профессиональные патологические паттерны чаще встречались у женатых лиц старше 55 лет, занимающих руководящие должности, употребляющих алкоголь. По-видимому, это обусловлено повышенным стремлением таких людей полностью удовлетворить материальные потребности своей семьи и детей. ИМ у них, как мы сообщили ранее, чаще развивается на фоне хронического напряжения, связанного с профессиональной деятельностью.

0327 РОЛЕВЫЕ ПАТТЕРНЫ ПАЦИЕНТОВ КАК ФАКТОР РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Женчевская Ю.В., Шаробаро В.И.
ГОУ ВПО СГМА, Смоленск, Россия

Цель исследования. Сравнить ролевые паттерны у пациентов с различными клиническими особенностями заболевания.

Материалы и методы. 60 больных ИМ в возрасте 51,4±6,47 лет и 10 лиц контрольной группы, сопоставимых по полу, возрасту и образованию, с отсутствием жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы и ишемических изменений сегмента ST во время диагностического нагрузочного теста. Обеим группам проведено ретроспективное тестирование по опроснику МИРП (методика исследования ролевых паттернов, 2001г) Математическую обработку результатов тестирования осуществили при помощи программного приложения Statistica 6,0 for Windows 2003.

Результаты исследования. Больные с ИМ, спровоцированным психоэмоциональным стрессом (n=40), имели более высокие показатели II, III и V шкал в сравнении с контрольной группой (II-невротические паттерны профессионального отношения к Другому, III-отношение к ребенку опытного родителя, V-отношение к партнеру по браку "хорошего семьянина") (рн<0,05). Невротические профессиональные паттерны были выявлены у 24 лиц с более высоким показателем шкалы "хороший семьянин" (n=33, 73,3%), при этом 13 человек (59%), имеющих повышенные величины обеих названных шкал, занимались до госпитализации организацией производства и управленческим трудом. У большинства мужчин первый ИМ развился в возрасте до 55 лет (n=15, 66%); чаще в анамнезе присутствовала АГ (n=30, 75%).

У пациентов с ИМ, спровоцированным физической нагрузкой (n=13) (средний возраст 54,7 6,58 года), различий ролевых паттернов с величинами группы контроля не выявлено. Средние количественные показатели I, II, III и V шкал у пациентов с психогенно-спровоцированным ИМ превышали сравниваемые величины больных с ИМ, спровоцированным чрезмерной физической нагрузкой (р1<0,05).

Показатели пациентов с артериальной гипертензией в анамнезе (n=30) превышали аналогичные величины группы контроля по II, III и V шкалам (рн<0,05).

Больные с Q ИМ (n=20) имели более высокие баллы по I, III и V шкалам, с QS ИМ (n=28) - по V шкале в сравнении с контрольной группой (рн<0,05). Между группами пациентов с различными формами ИМ достоверных различий не обнаружено. У больных с повышением АД в острейшем периоде (n=27) были выявлены большие баллы I, II, III и V шкал теста по сравнению со средними величинами контрольной группы (рн<0,05) и показателем I шкалы пациентов с ИМ, осложненным в первые часы развития заболевания артериальной гипотонией (n=20) (р1<0,05).

Пациенты с синусовой брадикардией, осложнившей течение первых часов ИМ (n=9), имели более высокие величины I, II, III и V шкал, чем аналогичные показатели контрольной группы (рн<0,05). Между группами больных с тахикардией или брадикардией в острейшем периоде ИМ значимых различий не наблюдалось.

Выводы. Пациенты с различными клиническими особенностями ИМ имели отличия по показателям теста МИРП в сравнении с группой контроля и между собой. Более высокие величины патологических профессиональных паттернов встречались у пациентов с ИМ, спровоцированным психоэмоциональным стрессом, наличием артериальной гипертензии в анамнезе, с тенденцией к повышению АД и синусовой брадикардии в острейшем периоде ИМ.

0328 ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ, ПРЕДШЕСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Женчевская Ю.В., Шаробаро В.И.
ГОУ ВПО СГМА, Смоленск, Россия

Цель исследования. Изучить особенности личности больных ИМ, предшествующие развитию заболевания.

Материалы и методы. 50 мужчин, госпитализированных по поводу ИМ, в возрасте 51,4±6,47 лет и 10 лиц контрольной группы, сопоставимых по полу, возрасту и образованию, с отсутствием жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы и ишемических изменений сегмента ST во время диагностического нагрузочного теста. Обеим группам проведено ретроспективное тестиро-

вание по методикам: опросник Холмса – Раге для определения стрессоустойчивости и социальной адаптации индивидуума (2001г), «Смысл жизненных ориентаций» (2006г), самоактуализационный тест Л.Я. Гозмана (1995г), опросник МИРП (исследование ролевых паттернов, 2001г), тест Г.Айзенка по изучению социальных и политических позиций (2000г).

Результаты исследования.

Пациенты до развития ИМ имели более низкий показатель стрессоустойчивости, чем лица группы контроля (рн<0,05), что означало наличие у них реальной угрозы развития психосоматического заболевания.

У больных ИМ величина IV шкалы теста СЖО («Я-хозяин жизни») превышала аналогичный показатель группы сравнения (рн<0,05). Высокие баллы по этой шкале свидетельствуют от том, что пациентам до развития ИМ была характерна повышенная целеустремленность, они воспринимали свою жизнь как эмоционально насыщенную, наполненную смыслом, положительно оценивали пройденный отрезок жизни и были убеждены в том, что сами могут контролировать свою жизнь и самостоятельно осуществлять дальнейший выбор.

Пациенты с ИМ имели более высокий по сравнению с контрольной группой показатель II шкалы (шкала поддержки) самоактуализационного теста Л.Я. Гозмана (рн<0,05). Человек, имеющий высокий балл по этой шкале, относительно независим в своих поступках, стремится руководствоваться в жизни своими собственными целями, убеждениями и принципами, что, однако не означает враждебности к окружающим.

У больных с ИМ балл V шкалы теста опросника МИРП превышал аналогичный показатель группы сравнения (рн<0,05). Это означает, что больные до ИМ являлись хорошими семьянинами.

Пациенты с ИМ имели более высокий показатель VI шкалы теста Г. Айзенка (реакционность) по сравнению с контрольной группой (рн<0,05). Больные с высокими величинами шкалы «реакционность» серьезно озабочены такими явлениями жизни, которые, по их мнению, представляют собой признаки морального разложения общества.

Выводы. Пациенты до ИМ являлись «хозяевами жизни», были относительно независимыми в своих поступках, руководствовались своими собственными принципами, были хорошими семьянинами. Наряду с этим, они были серьезно озабочены такими явлениями, которые, по их мнению, представляют собой признаки морального разложения общества и имели более низкий показатель стрессоустойчивости, т.е. у них произошло большее количество индивидуально-значимых событий жизни, которые значительно повлияли на их социальную адаптацию.

0329 СОЦИАЛЬНО–ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ДО ИНФАРКТА МИОКАРДА С РАЗЛИЧНЫМИ ТРИГГЕРНЫМИ ФАКТОРАМИ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Женчевская Ю.В., Шаробаро В.И.
ГОУ ВПО СГМА, Смоленск, Россия

Цель исследования. Сравнить личностные особенности (поведенческие паттерны, ценностные ориентации, социальные и политические позиции, социальное функционирование, социальную адаптацию), предшествующие развитию ИМ, у пациентов с различными триггерными факторами (психоэмоциональный стресс или чрезмерная физическая нагрузка).

Материалы и методы. 50 мужчин, госпитализированных по поводу ИМ, в возрасте 51,4±6,47 лет и 10 лиц контрольной группы, сопоставимых по полу, возрасту и образованию, с отсутствием жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы и ишемических изменений сегмента ST во время проведения нагрузочного теста. Больным ИМ на 10-14 день пребывания в стационаре и лицам группы сравнения проведено ретроспективное тестирование по опросникам Холмса-Раге, СЖО, МИРП, тестам Л.Я. Гозмана, Г. Айзенка, SF 36.

Результаты исследования. Все пациенты с ИМ имели более низкий показатель стрессоустойчивости, чем лица группы контроля (рн<0,05). По результатам тестирования по опроснику SF-36 у больных с ИМ, спровоцированным психоэмоциональным стрессом (n=40), оказались меньше средний показатель шкалы МН по сравнению с контрольной группой (рн<0,05) и балл шкалы RE по сравнению с аналогичной величиной у лиц с ИМ, развившимся на фоне чрезмерной физической нагрузки (n=10) (рн<0,05). Больные с психогенно обусловленным ИМ имели более высокие показатели ОЖ, IV и V шкал теста СЖО в сравнении с контрольной группой (рн<0,05). У пациентов с ИМ, спровоцированным физической нагрузкой, средние значения шкал I и V оказались достоверно ниже, чем у лиц группы контроля (рн<0,05). При сравнении групп больных ИМ между собой у пациентов с психогенно спровоцированным ИМ были выявлены более высокие показатели по всем шкалам теста СЖО (р1<0,05). Больные с ИМ, индуцированным психоэмоциональным стрессом, имели более высокие величины II, III и V шкал теста МИРП в сравнении с контрольной группой (рн<0,05). Средние показатели I, II, III и V шкал у лиц с психогенно спровоцированным ИМ превышали сравниваемые величины больных с ИМ, триггерным фактором которого явилась чрезмерная физическая нагрузка (р1<0,05). По результатам тестирования по опроснику Л.Я. Гозмана пациенты с психогенным ИМ имели более высокие значения II, III, VI, IX и XIII шкал в сравнении с контрольной группой (рн<0,05). Средние показатели больных с ИМ, спровоцированным физической нагрузкой, не отличались от таковых у лиц контрольной группы. При сравнении групп пациентов ИМ между собой у лиц с психогенно спровоцированным ИМ были выявлены более высокие показатели по II, III, VII и IX шкалам (р1<0,05). У пациентов с ИМ на фоне стресса было выявлено более высокое значение V шкалы («либерализм») теста Г. Айзенка (р1<0,05).

Выводы. Выявлены предшествующие развитию ИМ личностные особенности (поведенческие паттерны, смысложизненные ориентации, самоактуализация личности, социальные и политические позиции, социальное функционирование, социальная адаптация) у больных с различным по характеру триггерным фактором.

0330 СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ, ПРЕДШЕСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Женчевская Ю.В. Шаробаро В.И.
ГОУ ВПО СГМА, Смоленск, Россия

Цель исследования. Сравнить личностные особенности (поведенческие паттерны, ценностные ориентации, социальные и политические позиции, социальное функционирование, социальную адаптацию), предшествующие развитию ИМ, у пациентов с различными триггерными факторами (психоэмоциональный стресс или чрезмерная физическая нагрузка).

Материалы и методы. 50 мужчин, госпитализированных по поводу ИМ, в возрасте 51,4±6,47 лет и 10 лиц контрольной группы, сопоставимых по полу, возрасту и образованию, с отсутствием жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы и ишемических изменений сегмента ST во время проведения нагрузочного теста. Больным ИМ на 10-14 день пребывания в стационаре и лицам группы сравнения проведено ретроспективное тестирование по опросникам Холмса-Раге, СЖО, МИРП, тестам Л.Я. Гозмана, Г. Айзенка, SF 36.

Результаты исследования. Все пациенты с ИМ имели более низкий показатель стрессоустойчивости, чем лица группы контроля (рн<0,05). По результатам тестирования по опроснику SF-36 у больных с ИМ, спровоцированным психоэмоциональным стрессом (n=40), оказались меньше средний показатель шкалы МН по сравнению с контрольной группой (рн<0,05) и балл шкалы RE по сравнению с аналогичной величиной у лиц с ИМ, развившимся на фоне чрезмерной физической нагрузки (n=10) (рн<0,05). Больные с психогенно обусловленным ИМ имели более высокие показатели ОЖ, IV и V шкал теста СЖО в сравнении с контрольной группой (рн<0,05). У пациентов с ИМ, спровоцированным физической нагрузкой, средние значения шкал I и V оказались достоверно

ниже, чем у лиц группы контроля (рн<0,05). При сравнении групп больных ИМ между собой у пациентов с психогенно спровоцированным ИМ были выявлены более высокие показатели по всем шкалам теста СЖО (р1<0,05). Больные с ИМ, индуцированным психоэмоциональным стрессом, имели более высокие величины II, III и V шкал теста МИРП в сравнении с контрольной группой (рн<0,05). Средние показатели I, II, III и V шкал у лиц с психогенно спровоцированным ИМ превышали сравниваемые величины больных с ИМ, триггерным фактором которого явилась чрезмерная физическая нагрузка (р1<0,05). По результатам тестирования по опроснику Л.Я. Гозмана пациенты с психогенным ИМ имели более высокие значения II, III, VI, IX, XII, XIII и XIV шкал в сравнении с контрольной группой (рн<0,05). Средние показатели больных с ИМ, спровоцированным физической нагрузкой, не отличались от таковых у лиц контрольной группы. При сравнении групп пациентов ИМ между собой у лиц с психогенно спровоцированным ИМ были выявлены более высокие показатели по II, III, VII и IX шкалам (р1<0,05). У пациентов с ИМ на фоне стресса было выявлено более высокое значение V шкалы («либерализм») теста Г. Айзенка (р1<0,05).

Выводы. Выявлены предшествующие развитию ИМ личностные особенности (поведенческие паттерны, смысложизненные ориентации, самоактуализация личности, социальные и политические позиции, социальное функционирование, социальная адаптация) у больных с различным по характеру триггерным фактором.

0331 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЛАНОВЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ОРГАНАХ ЖИВОТА И МАЛОГО ТАЗА

Жиляев Е.В., Войновский Е.А., Лукьянова М.А., Мелешко В.А., Кузнецова О.В.
Главный клинический госпиталь МВД России, Москва, Россия; Управление медико-социальной защиты Департамента тыла МВД РФ, Москва, Россия

Цель: разработка и оценка эффективности системы прогнозирования сердечно-сосудистых осложнений (ССО) после плановых операций (ПО) на органах живота и малого таза (ОЖМТ) среди лиц в возрасте 60 лет и старше.

Методы исследования: алгоритм сформирован методом классификационных деревьев в результате обработки данных историй болезни всех 572 пациентов в возрасте 60 лет и старше, перенесших ПО на ОЖМТ за 4 года. Точность алгоритма оценена путем анализа историй 173 аналогичных пациентов, оперированных в последующем году. Значимость связей между прогнозом и фактом оценивалась по хи-квадрат-критерию с поправкой Йейтса.

Результаты: выделены следующие 4 группы риска:

1) больные, перенесшие операции высокой сложности (гастрэктомии, панкреатодуоденальные резекции или симультанные операции), у которых предоперационном периоде (ПОП) отмечено удлинение тромбинового времени в сочетании либо с изменением протромбинового индекса (<72% или >97%), либо с количеством сегментоядерных нейтрофилов (СЯН) < 65% (риск ССО - 78,6%);

2) больные со стенокардией напряжения 3 функционального класса (ФК) с содержанием СЯН <67% (риск ССО - 80,0%);

3) больные со стенокардией 2 ФК, уровнем креатинина >90 мкмоль/л, систолическим АД в ПОП ≤120 мм рт.ст. и лабораторными признаками воспаления в виде гиперфибриногенемии >3,5 г/л или нейтрофилеза > 72% (риск ССО - 72,7%);

4) больные со стенокардией 2 ФК, уровнем креатинина >90 мкмоль/л, с дыхательной недостаточностью и суммой зубцов RV1,2 + SV5,6 <10 мм (риск ССО - 50,0%).

В группы риска в общей сложности было отнесено 36 пациентов, из которых осложнения развились у 26 (72,2%). Среди оставшихся 537 больных ССО отмечены у 7 (1,3%).

При применении алгоритма в тестирующей выборке предсказаны 2 ССО из 4 (р=0,015), 4 из 10 всех терапевтических осложнений (ТО) (р<0,001), все 3 смертельные ТО (р<0,001). По величинам значимости положительного и отрицательного результатов (18,2% и 97,5% соответственно) разработанный алгоритм превзошел наиболее популярные модифицированный индекс Детски (15% и 95%) и индекс RCRI (12% и 95,5%).

Выводы: разработан эффективный механизм оценки сердечно-сосудистого и общетерапевтического риска плановых операций в старших возрастных группах. Точность его и превосходство перед известными аналогами подтверждены анализом в тестирующей выборке. Алгоритм (в том числе в виде компьютерной программы) может использоваться при отборе пациентов для ПО, а также при планировании предоперационной терапевтической подготовки. Перечень показателей, включенных в алгоритм, может быть основой для определения минимального предоперационного обследования.

0332 ВЛИЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ПРЕПАРАТОВ НА РИСК ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПЛАНОВЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ ЖИВОТА И МАЛОГО ТАЗА

Жиляев Е.В., Мелешко В.А
Главный клинический госпиталь МВД России, Москва, Россия; Управление медико-социальной защиты Департамента тыла МВД РФ, Москва, Россия

Цель: оценить влияние некоторых сердечно-сосудистых средств (ССС) на риск различных осложнений после плановых операций (ПО) на органах живота и малого таза (ОЖМТ) у пациентов в возрасте 60 лет и старше.

Методы исследования: В электронную базу включены данные из 572 историй болезни (все пациенты в возрасте 60 лет и старше, перенесшие ПО на ОЖМТ за 4 года). Методом множественной линейно-логистической регрессии (МЛЛР) выявлены независимые факторы, связанные с риском послеоперационных осложнений (ПОО). Эти факторы в дальнейшем использованы в качестве корригирующих при оценке влияния ССС на риск ПОО методом МЛЛР, а также для автоматизированного подбора из базы пар в исследованиях «случай-контроль». Анализировались следующие категории ПО: сердечно-сосудистые (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, внезапная коронарная смерть, острое и преходящее нарушения мозгового кровообращения); респираторные (пневмонии и плевриты), смертельные терапевтические осложнения (СТО).

Результаты: По данным МЛЛР отмечено независимое от других препаратов и факторов риска неблагоприятное влияние на частоту сердечно-сосудистых осложнений (ССО) короткодействующих препаратов нифедипина (КПН): р=0,031; негативное влияние нитратов на риск респираторных и всех осложнений (р=0,029 и р=0,018, соответственно); позитивное влияние бета-адреноблокаторов (пропранолол и атенолол) на риск ССО и СТО (р = 0,03). В серии исследований «случай-контроль», где «случаи» - больные, принимавшие соответствующий препарат, а «контроли» - сопоставленные не принимавшие его лица, выявлен неблагоприятный эффект аспирина на риск ССО (р=0,017) и позитивный бета-адреноблокаторов (ББ) на риск ССО и СТО (р=0,017 и р=0,04 соответственно). В анализе, где «случаями» были лица с развившимися осложнениями, а «контролями» – сопоставимые пациенты без таковых, также выявлена связь приема КПН с риском ССО (р<0,001), аспирина с риском респираторных осложнений (р=0,005) и обратная связь приема ингибиторов АПФ (каптоприл или эналаприл) с риском СТО (р=0,034). При анализе, где «случаями» были пациенты, принимавшие препарат А, но не принимавшие В, а «контролями» - лица принимавшие В, но не принимавшие А, выявлено преимущество ББ перед ИАПФ и КПН по влиянию на риск ССО (р=0,04 и р=0,016 соответственно).

Выводы: данные ретроспективного исследования дают основания предполагать неблагоприятные эффекты короткодействующих препаратов нифедипина, нитратов и аспирина, а также позитивный эффект бета-адреноблокаторов и ингибиторов АПФ на риск послеоперационных осложнений. Полученные результаты могут послужить гипотезой для проверки в контролируемых исследованиях, а также основанием для выбора препаратов для сердечно-сосудистых больных в пред- и послеоперационном периодах.

0333 СНИЖЕНИЕ ТРАНСМИТРАЛЬНОГО И ТРАНСТРИКУСПИДАЛЬНОГО КРОВОТОКА (Е/А<1,0) ПРИ ХОЛОДОВОЙ ПРОБЕ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Жмайлова С.В., Рубанова М.П., Вебер В.Р., Нуржанова Т.М., Виноградов А.И., Горицына В.Е.
Институт медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия

Цель исследования: Изучить динамику трансмитрального и транстрикуспидального кровотока при холодовой пробе у практически здоровых лиц.

Материал и методы: Обследованы 32 мужчины (средний возраст 48,31±1,2) и 34 женщины (средний возраст 49,28±1,3) без сердечно-сосудистой патологии и других заболеваний, способных привести к ремоделированию сердца. Использован метод допплер-эхокардиографии (за основу взят показатель Е/А). Холодовая (ХП) проба проводилась путем погружения кисти правой руки в воду с кусочками льда на 1 минуту.

Результаты и их обсуждение. Появление выраженных нарушений диастолической функции левого желудочка (когда показатель Е/А становится <1,0) у здоровых мужчин и женщин выявлялось с одинаковой частотой (в 7,7% и в 7,1% случаев, соответственно). Значительного снижения кровенаполнения правого желудочка в диастолу при ХП у здоровых мужчин отмечено не было, тогда как у женщин транзиторная диастолическая дисфункция правого желудочка при проведении ХП выявлялась в 25% случаев.

Высокую частоту транзиторных нарушений диастолической функции правого желудочка у здоровых женщин можно объяснить наличием в этой группе пациенток, находящихся в постменопаузе, при которой развиваются выраженные вегетативные и гормональные изменения, приводящие к изменению чувствительности рецепторного аппарата сердечно-сосудистой системы, снижению эластичности миокарда, увеличению фиброзных изменений, что и сопровождается появлением нарушений диастолической функции сердца. При этом более чувствителен к холодовому воздействию оказался правый желудочек и диастолическая дисфункция правого желудочка при ХП у здоровых женщин носит временный характер и исчезает через 1-3 мин. по мере снижения активности симпатоадреналовой системы после прекращения воздействия холода. Эти транзиторные нарушения ДФ сердца могут быть начальными проявлениями в последующем постоянной диастолической дисфункции, связанной уже с прогрессированием фиброза миокарда.

0334 СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ

Жуйко Е.Н., Герцен М.А.
ГУ РНПЦ «Кардиология», Минск, Беларусь

Цель: Оценить состояние параметров сердечно-сосудистой и дыхательной систем у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН), с сопутствующей хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в зависимости от функции эндотелия.

Материалы и методы: Обследовано 67 мужчин больных ИБС с ХСН ФКII(NYHA)и сопутствующей ХОБЛ в возрасте 59,6±0,9 лет. Эндотелий-зависимая вазодилатация плечевой артерии (ЭЗВД) определялась при проведении пробы с реактивной гиперемией (РГ), эндотелий-независимая с помощью нитроглицерина, по стандартной методики D.S. Celermajer et al.. Функция внешнего дыхания (ФВД) оценивалась по данным спирометрии, показатели внутрисердечной гемодинамики - эхокардиографически.

Результаты: Нормальная вазодилатирующая функция эндотелия сохранялась у 34% недостаточная вазодилатация плечевой артерии (ПА) наблюдалась у 39% и 27% больных имели постокклюзионную вазоконстрикцию ПА. У больных с нарушенной ЭЗВЗД(I группа) при сравнении с больными с нормальной ЭЗВЗД(II группа) был достоверно больше ударный объём ЛЖ (69,5±3,02 и 57,1±3,65; p=), выше скорость раннего диастолического наполнения ПЖ (0,52±0,013 и 0,44±0,02; p=0,036) и уменьшено время изгнания из ПЖ (229±6,8 и 260±8,95; p=0,008). По показателям ФВД группы между собой не отличались: ОФВ1 составил 57,8±2,9 и 58,5±3%; ОВФ/ФЖЕЛ- 67,5±3 и 65,3±2,4%.

При проведении корреляционного анализа у данных больных выявлена прямая корреляционная связь ЭЗВЗД с размером левого предсердия (r=0,26 p=0,034), и обратная связь со временем изоволюметрического сокращения правого желудочка (r= -0,28 p=0,02).

Выводы: У больных ишемической болезнью сердца , осложненной хронической сердечной недостаточностью, с сопутствующей хронической обструктивной болезнью легких нарушены как эндотелий-зависимая, так и эндотелий-независимая функции эндотелия. В группе пациентов со сниженной ЭЗВЗД увеличен ударный объём левого желудочка, нарушены показатели диастолической функции правого желудочка (скорость раннего диастолического наполнения и время изгнания). Выявленные корреляции подтверждают связь эндотелий-зависимых механизмов регуляции тонуса сосудов с показателями внутрисердечной гемодинамики.

0335 ОСОБЕННОСТИ СОСУДИСТО-ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ИБС НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Жукушева Ш.Т., Капакова М.А., Амирханова Г.Д., Какиманова Г.Ы.
Государственная медицинская академия, Семей, Казахстан; Больница скорой медицинской помощи, Семей, Казахстан

Цель: Оценить особенности состояния системы гемостаза у больных ИБС- инфарктом миокарда (ИМ) с сопутствующим метаболическим синдромом (МС).

Методы исследования: Обследованы 87 больных ИМ в возрасте от 45 до 65 лет, в т.ч. 60 мужчин, 27 женщин. Все больные были распределены на 2 группы: контрольную группу составил 20 здоровых лиц, I-ую - 47 пациентов ИБС без МС и II-ую -. ИБС с МС составил 20 больных. Для исследования показателей гемостаза использованы реактивы фирмы «Технология-Стандарт»: АДФ, ристомицин индуцированная агрегация тромбоцитов (ТЦ) с определением – ИАТ, СИАТ,СА, ИДТ.

Результаты: В обеих группах выявлено ускорение агрегации тромбоцитов, индуцированной ристомицином. Степень снижения показателя I гр.ИБС без МС – составила 20,3%, II гр. ИБС с МС – 33,2% (p<0,05). Более значительные различия зафиксированы при анализе показателей агрегации ТЦ с АДФ. Так, во I-гр превышение показателя ИАТ над контролем составило 26,8% (p<0,05), в II-гр–43,8% (p<0,01). Достоверно повышался показатель СА, его превышение в гр. без МС достигало 25,0% (p<0,05), с МС – 43,8% (p<0,05). СИАТ увеличивался на 22,6% и 40,9% (p<0,05). Значительное снижение, за счет гр. больных с МС, отмечалось по уровню ИДТ. Его различия с контрольными показателями составили 23,5% (p<0,01) и 42,3% (p<0,01). Выраженные различия в группах были получены также при анализе показателей адреналин-индуцированной агрегации ТЦ. При этом по всем показателям оказались также различия между группами обследованных в зависимости от наличия МС. Так, степень превышения ИАТ у пациентов без МС составила 27,0% (p<0,05), а при наличии комплекса клинико-лабораторных признаков МС – 55,4% (p<0,01). Скорость агрегации ТЦ в гр. без МС больных ИМ была выше, чем в контрольной, на 28,6% (p<0,05), в группе МС – на 57,1 (p<0,01). Наиболее ин-

формативный показатель СИАТ был повышен в первой из выделенных групп на 21,5% (p<0,05) по отношению к контролю, во второй – на 48,8% (p<0,01). Также, по ранее указанным показателям, имелось достоверное превышение среднего значения данного показателя в выделенной гр. больных с сопутствующим МС – на 22,4% (p<0,05). Индекс дезагрегации был снижен у больных ИМ примерно в равной степени при проведении тестов с использованием в качестве индуктора агрегации АДФ и адреналина. В последнем случае различия с контрольной группой достигали во I гр. больных 23,5% (p<0,01), в II-й – 43,9% (p<0,01). В обеих клинических групп было значительно повышено содержание в крови фактора Виллебранда.

Таким образом, проведенный анализ показателей состояния системы гемостаза у больных инфарктом миокарда выявили наличие достоверного превышения степени выявленных нарушений в группе с сопутствующим метаболическим синдромом, более выраженных в отношении сосудисто-тромбоцитарного звена, а также противосвертывающих механизмов.

0336 АНГИОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ

Жумашева З.А., Кусанова А.Б.
«Private clinic KZ», Алматы, Казахстан

Цель: определить частоту и степень поражения коронарных артерий у пациентов с ИБС по данным коронароангиографии.

Методы исследования: в исследование включено 181 пациент с д/зом ИБС, из них 150 мужчин (82,9%) и 31 женщина (17,1%) в возрасте от 20 до 80 лет, средний возраст -57,2±9,8 лет. В анамнезе артериальная гипертония II-III степени-47%, перенесенный инфаркт миокарда-20%, сахарный диабет-10%, острое нарушение мозгового кровообращения -1,7%. До начала исследования для всех больных обязательными исследованиями являлись: общий анализ крови, мочи, группа крови, Rh-фактор, вирусы гепатита В, С, Е, ВИЧ, RW, ЭКГ, ЭхоКГ, коагулограмма, липидный спектр крови. Для определения степени поражения коронарных артерий всем пациентам проведена коронароангиография через бедренную артерию. Определялась частота и степень поражения коронарных артерий, а также частота типа кровоснабжения миокарда.

Полученные результаты: по данным коронароангиографии у пациентов с ИБС выявлено, что наиболее часто встречалось поражение левой коронарной артерии (75,7%), а именно передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии (53,6%) и огибающей ветви левой коронарной артерии (22,1%), на 2-ом месте - поражение правой коронарной артерии (28,7%), в то время как частота поражения главного ствола левой коронарной артерии составила 3,9% и в 23,8% случаев зарегистрированы нормальные непораженные коронарные артерии.

По степени сужения просвета коронарных артерий выявлено, что при поражении передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии наиболее часто встречалось сужение более 60% (n-54, что составило 36%), сужение до 100% выявлено в 3-х случаях (16,6%) и менее 60% в 13 случаях (7,2%); степень сужения правой коронарной артерии составила: до 60%-8 случаев (4,4%), более 60%-26 (14%), до 100%- 18 (12%); степень сужения огибающей ветви левой коронарной артерии составила: до 60%-13 случаев (7,2%), более 60%-10 (10%), до 100%-9 (5%).

По типам кровообращения выявлено, что наибольшую частоту встречаемости составляет сбалансированный тип-36,5%, на 2-ом месте правый тип-24,3%, на 3-ем-левый тип-17%.

Выводы: у пациентов с ИБС по данным коронароангиографии наиболее часто атеросклеротические изменения с сужением просвета коронарных артерий выявляются в левой коронарной артерии (75,7%), а именно в передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии (53,6%) и огибающей ветви левой коронарной артерии (22,1%), на 2-ом месте - изменения в правой коронарной артерии (28,7%). По степени сужения наиболее часто встречаются сужения более 60%, в то время как сужение до 100% составляет для передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии 12%, для правой коронарной артерии 12%, для огибающей ветви левой коронарной артерии 5%.

0337 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАВИКСА У ПАЦИЕНТОВ С ИБС ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ НАБЛЮДЕНИИ В ТЕЧЕНИЕ ШЕСТИ МЕСЯЦЕВ

Жумашева З.А., Кусанова А.Б.
«Private clinic KZ», Алматы, Казахстан

Цель: определить клиническую эффективность применения плавикса у пациентов с ИБС после стентирования при 6- месячном лечении.

Методы исследования: в исследование включено 23 пациента с ИБС в возрасте от 41 до 71 года, средний возраст 54,76±8,64 года, из них-21 мужчин и 2 женщины. Постановка диагноза проводилась по классификации ВОЗ (1999). Диагноз ИБС подтвержден по данным клинических наблюдений, ЭхоКГ, коронароангиографии. Среди наблюдаемых пациентов 9 перенесли острый инфаркт миокарда, 2 - ОНМК, у 10 пациентов ИБС в сочетании с артериальной гипертонией. Оценивались показатели коагулограммы до стентирования и после 6 месяцев лечения плавиксом в дозе 75 мг в сочетании с аспирином-кардио 100-300 мг в сутки. Также проводился контроль изменения липидного спектра крови и частота побочных эффектов плавикса при длительном приеме. В течение 6 месяцев, наряду с плавиксом 75 мг пациенты для лечения артериальной гипертонии принимали бета-блокаторы или антагонисты кальция, а также липримар 10-20 мг в сутки. Статистическая обработка данных проведена с использованием методов вариационной статистики с использованием t-критерия Стьюдента, программы Excel, персонального компьютера.

Полученные результаты: у пациентов с ИБС после стентирования отмечено улучшение клинической симптоматики, а именно уменьшение частоты и длительности ангинозных болей, улучшение переносимости к физической нагрузке.

Полугодовое лечение плавиксом в дозе 75 мг в сутки и аспирином-кардио 100-300 мг в сутки не вызывало каких-либо существенных изменений в показателях коагулограммы; так протромбиновый индекс недостоверно уменьшился с 85,11±12,16 до 77,62±10,88, фибриноген с 4,05±0,97 до 3,53±0,88, тромбиновое время с 21,19±7,42 до 18,77±7,20 (p>0,05), тромботест с IV-V до IV-V (без изменений), время рекальцификации удлинилось с 80,65”±18,85 до 93,00”±19,17 (p>0,05), недостоверно уменьшилось тромбиновое отношение с 1,87±0,94 до 1,02±0,11, фибриназа с 80,25±19,19 до 63,08±15,19, МНО без существенных изменений (с 1,20±0,12 до 1,02±0,13). Побочные эффекты на фоне приема плавикса в течение 6 мес. наблюдались у 1 пациентки (4,3%), которые проявились в виде кишечного кровотечения, которое сразу прекратилось после отмены препарата, в последующем данная пациентка принимала аспирин-кардио 300 мг в сутки. Все остальные пациенты отметили хорошую переносимость плавикса и аспирина-кардио до 1 года.

Выводы: при лечении пациентов с ИБС после стентирования обязательным является назначение плавикса в дозе 75 мг и аспирина-кардио 100-300 мг в сутки до 1 года, что оказывает положительное влияние на качество жизни и долгосрочный прогноз для профилактики осложнений после стентирования в виде повторных рестенозов внутри стента и прогрессирования атеросклероза.

0338 ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КАРВЕДИЛОЛА И БИСО/ПРОЛОЛА НА ПЕРФУЗИЮ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Жураева Ш.А., Камилова У.К., Алиева Т.А..
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель: оценка сравнительной эффективности карведилола и бисопролола на перфузию миокарда у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС).

Методы исследования: Обследованы 54 больных с ПИКС в возрасте 40-60 лет. Все больные были рандомизированы на 2 группы: I группу составили 26 больных принимавших карведилол и II группу 28 больных принимавших бисопролол. В I группе 14 больных были с II ФК ХСН и 12 больных III ФК ХСН. Во II группе 13 больных были с II ФК ХСН и 15 больных III ФК ХСН. Больным на фоне приема базисной терапии проводили титрование дозы карведилола (дилантренд фирмы Хоффман Рош) с 3,125 мг до 25-50 мг/сут целевой дозы и бисопролола (конкор, фирмы Никомед) с 2,5 мг до 5-10 мг/сутки. Всем больным исходно и через 6 месяцев терапии проводилась двухмерная эхокардиография (ЭхоКГ) и однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОЭКТ) с радиофармпрепаратом (РФП) 99мTc Sestamibi в покое и с нитроглицериновым (НТГ)- тестом с определением общей фракции выброса (ОФВ), дефектов слабого наполнения радиофармпрепарата (РФП) в миокарде левого желудочка (ЛЖ).

Результаты исследования: Анализ исходных показателей ОЭКТ миокарда выявил более значительные нарушения перфузии миокарда с наличием стойких зон аперфузии и гипоперфузии развившейся после ИМ у больных с III ФК ХСН по сравнению с больными II ФК ХСН. У больных III ФК как по данным ЭхоКГ, так и ОЭКТ также отмечалось снижение ОФВ на 16% и 20% соответственно по сравнению с показателями II ФК ХСН. После проведения ОЭКТ с НТГ-тестом у больных ХСН II и III ФК отмечалось достоверное улучшение регионарной перфузии и ОФВ. У больных со II ФК ХСН через 6 месяцев лечения карведилолом отмечалось увеличение перфузии миокарда: ОФВ в покое повысилась на 23%, после НТГ-теста - на 24,4%. В группе больных принимавших бисопролол прирост данных показателей составил 21% и 23% соответственно. В динамике 6-месячного лечения карведилолом у больных с III ФК ХСН наблюдалось улучшение параметров перфузии миокарда: ОФВ в покое и в динамике НТГ-теста увеличилась на 20,85 и 20,3% ($p<0,005$), улучшились показатели локальной перфузии миокарда ЛЖ с достоверным уменьшением индекса нарушенной перфузии миокарда покое и после НТГ-теста на 23,4% ($p<0,05$) и 45,2% ($p<0,02$) соответственно, а индекса аперфузии – на 35,1% ($p<0,05$) в покое. Во второй группе у больных с III ФК ХСН также отмечалось улучшение показателей перфузии миокарда: ОФВ в покое и в динамике НТГ-теста увеличилась на 19,9 и 20% ($p<0,005$) соответственно. Индекс нарушенной перфузии миокарда у данной группы больных в покое и после НТГ-теста снизился на 21,2% ($p<0,05$) и 42,8% ($p<0,05$) соответственно, а индекс аперфузии в покое – на 30,4% ($p<0,05$) .

Выводы. Таким образом, шестимесячная терапия карведилолом и бисопрололом способствует улучшению перфузии миокарда у больных хронической сердечной недостаточностью с постинфарктным кардиосклерозом.

0339 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Заболотских Т.Б., Ремизова А.И., Запевина В.В., Скибицкий В.В., Петрова И.Н.
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

По прогнозу ВОЗ, к 2020 году депрессия будет занимать 2-е место после ИБС среди заболеваний, приводящих к инвалидности. Однако, депрессия диагностируется врачами общемедицинской практики только у 40% из всех пациентов, страдающих этим расстройством; из них лишь в 10-15% случаев назначается терапия антидепрессантами.

Анализ только соматического статуса больного не всегда дает полное представление о картине болезни. Необходимо учитывать и психическое состояние пациента, в частности, депрессию и тревогу. Кроме того, у соматических больных депрессия часто проявляется маскированными или соматизированными формами, когда на первый план выходит соматовегетативная симптоматика.

Обследовано 80 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и гипертонической болезнью (ГБ), госпитализированных в больницу скорой медицинской помощи. Симптомы депрессии и тревоги оценивались по шкале HADS и шкале Бека.

Было установлено, что у больных ГБ (n=20) субклинически выраженная тревога наблюдалась в 54,5% случаев, клинически выраженная – в 18,2%, легкая депрессия выявлена также в 18,2% случаев. У больных ИБС (n=34) субклиническая тревога наблюдалась в 30% случаев, клинически выраженная – в 26,7%, симптомы легкой депрессии были выявлены в 30% случаев, тяжелой – в 10%. Причем, у больных, перенесших инфаркт миокарда, эти показатели были выше: субклиническая тревога – 29,4% случаев, выраженная тревога – 53%, легкая депрессия – 35,3%, тяжелая депрессия – 23,5%. При сочетании у больных ГБ и ИБС (n=26) показатели были следующие: субклиническая тревога – 30% случаев, клинически выраженная тревога – 40% случаев, легкая депрессия – 40%, умеренно выраженная депрессия – 5% и тяжелая депрессия – 10% случаев.

Таким образом, у госпитализированных пациентов в больницу скорой медицинской помощи отмечались тревожно-депрессивные расстройства разной степени выраженности. В исследовании выявлена достаточно высокая распространенность выраженной тревоги, симптомы тяжелой депрессии наблюдались у меньшего числа больных, однако у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, этот показатель был достоверно выше (23,5%). В связи с этим целесообразно проводить коррекцию терапии с обязательным назначением психотропных препаратов и антидепрессантов. Наиболее соответствуют требованиям общемедицинской практики антидепрессанты первого ряда, такие, как селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), в частности – сертралин, который назначался пациентам в стационаре и был рекомендован для дальнейшего применения. При назначении сертралина учитывалась его хорошая переносимость, благоприятный профиль побочных эффектов, безопасность, удобство применения и минимальный риск нежелательных взаимодействий с другими препаратами у кардиологических больных, в том числе и у пожилых пациентов.

0340 ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАРДИОСПЕЦИФИЧЕСКИХ ИЗОФОРМ If КАНАЛА

Загидуллин Н.Ш., Загидуллин Ш.З.*, Michels G. **, Hoppe UC.***
ГОУ ВПО “Башкирский государственный медицинский университет” Росздрава*, Уфа, Россия; Клиника внутренних болезней III Кельнской университетской клиники**, Кельн, Германия

Кардиальный ионный ток If, определяющий пейсмекерную функцию синоатриальных клеток, кодируется 3 генами-изоформами: HCN1, HCN2, HCN4. Развитие современных трансплантационных технологий биологических пейсмекеров требует тщательной электрофизиологической характеристики данных изоформ.

Цель. Изучение электрофизиологических свойств HCN1, HCN2 и HCN4 изоформ в физиологических условиях, а также в гиперкалиемическом растворе.

Материалы и методы обследования. Кардиоспецифические HCN изоформы в плазмидах pAdCGI-HCN1, pAdCGI-HCN2, pAdCGI-HCN4 с усиленным зеленым флюоресцирующим белком (УЗФБ) трансфицировались в клеточной системе овариальных клеток китайских хомячков с помощью молекулярно-биологической системы «Липофектамин Плюс» (Липофектамин, США). Микроэлектродные исследования проводились при физиологических концентрациях ионов внеклеточного раствора для изоформ HCN1, HCN2, HCN4 (K+5 ммоль/л; n=9, 11 и 10 соответственно) и гиперкалиемическом растворе (K+100ммоль/л; n=18, 11 и 12). Интрацеллюлярный состав был постоянен и содержал (ммоль/л): K-глютамат 130, KCl 15,

NaCI 5, MgCI2 1, HEPES 10 и Mg-АТФ 5; pH был отрегулирован с КОН до 7,3. Электрофизиологические свойства клеток были исследованы с помощью метода patch clamp в варианте «вся клетка» серией гиперполяризационных импульсов при потенциале покоя -35 мВ с напряжением от -30 мВ до -150 мВ с шагом -10мВ. Определялась амплитуда, плотность, кинетика активации, точка полуактивации, угол наклона кривой и скорость активации.

Результаты исследования. Было показано, что HCN1 ток при экспрессии в овариальных клетках китайских хомячков и последующем микроэлектродном исследовании типа «вся клетка» при возрастающих гиперполяризующих потенциалах обладает наиболее быстрой кинетикой активации (τ(-140мВ)=-54,6±7,6мсек), а HCN4 – самой медленной (τ(-140мВ)=-456,3±23,2мсек). При этом HCN2 ток имел наибольшее сходство с нативным If током (τ(-140мВ)=-152,96±12мсек). Повышение концентрации ионов калия во внеклеточном растворе привело к увеличению плотности тока и сдвигу кривой активации в негативную сторону в изоформах HCN1 и, в особенности, в HCN4.

Выводы. Изоформа HCN2 по электрофизиологическим параметрам наиболее близка к нативному If току, что позволяет рекомендовать её в качестве реального кандидата при создании биологического пейсмекера. Изменения свойств HCN4 ответственны за отрицательный хронотропный эффект при гиперкалиемии.

0341 ПРЯМЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ПРОВЕДЕНИЯ КАЛЬЦИЯ ЧЕРЕЗ HCN КАНАЛ И ЧЕЛЕОВЕЧЕСКИЙ НАТИВНЫЙ If КАНАЛ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ КОНЦЕНТРАЦИЯХ ИОНОВ КАЛЬЦИЯ

Загидуллин Н.Ш., Загидуллин Ш.З.*, Michels G.**, Hoppe UC.***
ГОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет» Росздрава*, Уфа, Россия; Клиника внутренних болезней III Кельнской университетской клиники**, Кельн, Германия

Считается, что активирующийся при гиполяризации, регулируемый цАМФ, ионный канал If/IHCN в физиологических условиях проводит ионы Na+ и K+. В последнее время появились данные о наличие токе ионов Ca^{2+} через HCN канал, однако до сих пор прямые доказательства данного факта отсутствовали.

Цель. В микроэлектродных экспериментах получить прямые доказательства тока ионов Ca^{2+} через If/HCN канал.

Методы. Микроэлектродные эксперименты в конфигурации «вне клетки» и «прикрепленный к клетке» (тип «один канал») были проведены в овариальных клетках китайских хомячков с экспрессированным с помощью системы Липофектамин плюс геном HCN2, а также в человеческих предсердных кардиомиоцитах, полученных из миоцитов предсердий после кардиохирургических операций.

Результаты. Нами были записаны входящий Ca^{2+} ток через HCN2 канал при гиперполяризации с амплитудой -0,87±0,06пА, низкой вероятностью открытия 3,02±0,48% (при -110мВ, n=6, Ca^{2+} 2 ммоль/л) и проводимостью Ca^{2+} 8,9±1,2пС. IHCN2-Ca^{2+} ток значительно активировался при добавлении циклического аденозинмонофосфата с увеличением вероятности открытия и подавлялся специфическим If ингибитором ивабрадином, подтверждая Ca^{2+} ток через HCN2 канал. Кроме того, мы смогли также записать кальциевый If ток в человеческих предсердных кардиомиоцитах (проводимость тока Ca^{2+} через If канал 9,19±0,34пС; амплитуда -0,81±0,01пА; вероятность открытия 1,05±0,61% при -90мВ) в присутствии всех известных блокаторов кальциевых каналов.

Выводы. Мы получили прямые доказательства проводимости Ca^{2+} через канал HCN2 и в If канале человеческих кардиомиоцитов при физиологическом экстраклеточном растворе, что может иметь значение при некоторых заболеваниях, при которых происходит увеличение плотности If тока и экспрессии HCN канала.

0342 ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПОВЕРХНОСТНЫМИ ПОТЕНЦИАЛАМИ СЕРДЦА И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Загидуллин Н.Ш., Загидуллин Б.И., Плечев В.В., Загидуллин Ш.З., Травникова Е.О., Хафизов Н.Х.
ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Роздрава, Уфа, Россия

Картирование поверхности сердца (КПС) является неинвазивным и эффективным дополнительным методом в диагностике ИБС. Гибернированный миокард даже в отсутствии инфаркта миокарда (ИМ) может влиять на сократительную способность миокарда и продуцировать изменения поверхностных потенциалов сердца. Однако до сих пор четко не установлена взаимосвязь между параметрами КПС, коронарографией и сократительными индексами при эхокардиографии.

Цель. Оценка связи между параметрами КПС, коронарографии и индексами сократительной способности сердца при однососудистом и многососудистом поражении сердца.

Материалы и методы. У 100 больных с ИБС было проведено КПС в 90 отведениях на всех поверхности тела на 5 горизонтальных уровнях с одинаковым расстоянием между электродами с последующим определением амплитуд зубцов Q, R, S, T и сегмента ST во всех отведениях. Также определялся индекс локальной сократимости по данным эхокардиографии по Симпсону и риск коронарного стеноза по данным коронароангиографии (jeopardy score). Затем проводилась корреляция по Спирмену между вышеуказанными параметрами.

Результаты. Пациенты со стенозом одной коронарной артерии без ИМ (n=18) имели отрицательную корреляцию между процентом стеноза и ∑(T) (r=-0,67, p<0,01). В группе пациентов с non-Q MI (n=13) была показана прямая корреляция между ∑(R) и индексом сократимости (r=-0,67, p<0,05). У пациентов с однососудистым поражением коронарных артерий и Q-ИМ (n=12) была показана корреляция между ∑(Q) и индексом сократительной способности (r=-0,67, p<0,05) В случае мультиартериального стеноза риск коронарного стеноза коррелировал с индексом локальной сократимости для пациентов без ИМ (r=0,82, p<0,01, n=9), с non – Q-ИМ (r=0,80, p<0,001, n=20) и Q –ИМ (r=0,47, p<0,01, n=28).

Выводы. Таким образом, тяжесть коронарного стеноза коррелировала с ишемией миокарда (зубец T), наличие non-Q ИМ снизило амплитуду зубцов R и сумма зубцов Q коррелировала со снижением контрактильности при Q-ИМ. Тяжесть коронарного мультиартериального стеноза коррелировала со снижением сократимости даже и без ИМ в анамнезе

0343 ДИНАМИКА ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ПОЛЯ СЕРДЦА ПРИ ПРОВЕДЕНИЯ КОРОНАРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ И В ПОСТОПЕРАТИВНОМ ПЕРИОДЕ

Загидуллин Н.Ш., Загидуллин Б.И., Плечев В.В., Загидуллин Ш.З., Травникова Е.О., Хафизов Н.Х.
ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Роздрава, Уфа, Россия

Картирование поверхности сердца (КПС) является одним из дополнительных методов диагностики сердечно-сосудистых заболеваний. Относительная простота и доступность позволили использовать метод для оценки эффективности коронарной реваскуляризации и предсказания окклюзии коронарного сосуда в постоперативном периоде.

Цель. Исследование электрического поля сердца у пациентов с ИБС после коронарных вмешательств и в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. У 55 больных с ИБС было проведено КПС в 90 отведениях на всех поверхности тела на 5 горизонтальных уровнях с одинаковым расстоянием между электродами с последующим определением амплитуд зубцов Q, R, S, T и сегмента ST во всех отведениях перед, через 1-4 дня и через 1 месяц

после коронарной реваскуляризации: чрескожной транслюминальной ангиопластики (ЧТКА) с установкой стентов и операция аортокоронарного шунтирования.

Результаты. После ЧТКА с установкой стента в пораженной артерии у пациентов с односсудистым и многососудистым коронарным стенозом (n=15) было отмечено снижение суммарных параметров ∑R, ∑T, ∑+T и возрастание ∑(-T) и дополнительно – снижение ∑ST and ∑+ST – в группе аортокоронарного шунтирования (n=40) с последующим возвращением параметров к начальным значениям через 1 месяц. Для группы аортокоронарного шунтирования возвращение указанных параметров к прежним значениям было в меньшей степени, чем в группе чрескожной транслюминальной ангиопластики.

Выводы. Реперфузионный синдром в электрическом поле сердца отражает ишемию миокарда через несколько дней после коронарного вмешательства с последующей нормализацией через 1 месяц. Данная нормализация в группе аортокоронарного шунтирования была менее выражена, чем при ЧКТА.

0344 СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДИУВЕРА И ФУРОСЕМИДА У БОЛЬНЫХ С%ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Заграевская И.А., Якушин С.С., Калинина Л.П., Соколова Л.Ю., Девятова Л.С., Лексина Е.А., Агальцова Н.П.
ГОУ ВПО РязГМУ Росздрава, ГУЗ РОККД, Рязань, Россия

Цель: сравнить клиническую эффективность диувера и фуросемида и изменение основных лабораторных показателей при лечении больных с декомпенсированной сердечной недостаточностью, а также анализ частоты возникновения нежелательных явлений при назначении этих препаратов.

Материал и методы: под нашим наблюдением находится 55 больных с декомпенсированной ХСН II-IV ФК по NYHA. Стартовая доза фуросемида 40 мг, диувера – 10 мг.

Результаты: обе группы сопоставимы по возрасту (средний возраст в группе диувера 64,2±3,7 лет, фуросемида - 66,5±4,6 лет, p>0,05), полу (доля мужчин в группе диувера 46%, фуросемида – 51%, p>0,05), основным заболеваниям, приведшим к ХСН: ИБС (95% vs 92% соответственно, p>0,05) , инфаркт миокарда в анамнезе (47% vs 44%, p>0,05), ДКМП (3% vs 5%, p>0,05), наличию постоянной формы фибрилляции предсердий (32% vs 41%, p>0,05), наличию постоянной элекрокардиостимуляции (6% vs 8%, p>0,05); по основным параметрам эхокардиографического исследования сердца (размеры ЛП 42,2±4,6 мм vs 44,6±5,2 мм, p>0,05, КДО 156,2±7,2 мм vs 162,7±5,4 мм, p>0,05, КСО 72,6±3,5 мм vs 76,4±5,6 мм, p>0,05, ФВ ЛЖ 57,5±6,2% vs 54,7±4,6%, p>0,05), по результатам лабораторного исследования: уровень Na+ в плазме в группе диувера 145,2±3,54 ммоль/л, фуросемида 139,9±7,61 ммоль/л (p>0,05), K+ - 3,04±0,13 ммоль/л vs 2,98±0,05 ммоль/л соответственно (p>0,05), Mg++ 0,85±0,03 ммоль/л vs 0,86±0,05 ммоль/л (p>0,05). На момент включения в исследование средний ФК ХСН составил 3,20 vs 3,15 (p>0,05). Средняя дистанция, проходимая во время теста 6-минутной ходьбы (ТШХ) в группе диувера составила 224,43±5,22 м, в группе фуросемида 230,24±6,45 м (p>0,05). Желудочковые нарушения ритма (ЖНР) по данным суточного мониторирования ЭКГ составляли: одиночная желудочковая экстрасистолия (ОЖЭ) в группе диувера 190,8±87,8, в группе фуросемида 224,1±83,8 (p>0,05), парная желудочковая экстрасистолия (ПЖЭ) 0,84±1,14 vs 0,62±0,52 (p>0,05). В результате проведенного лечения в группе диувера компенсация наступала на 8,7±1,62 день, в группе фуросемида на 10,5±1,24 день (p<0,05), средний ФК ХСН 1,97 vs 2,1 (p>0,05), дистанция ТШХ составила 264,42±4,32 м vs 252,54±3,72 м (p>0,05), уровень Na+ в плазме составил 134,8±3,12 ммоль/л vs 135,5±6,50 ммоль/л (p>0,05), K+ 4,07±0,20 ммоль/л vs 3,14±0,10 ммоль/л (p<0,001), Mg++ 0,94±0,04 ммоль/л vs 0,82±0,06 ммоль/л (p<0,01). ОЖЭ в группе диувера через 14 дней терапии составила 316,7±251,2, в группе фуросемида 315,3±222,2 (p>0,05), ПЖЭ 0,72±0,79 vs 17,67±11,63 (p<0,05). В группе фуросемида в 15% случаев наблюдались нежелательные явления (НЯ), вероятно связанные с приемом диуретиков, как гипотония (2 случая) и экстрасистолия (1 случай), потребовавшая введения препаратов калия, в группе диувера НЯ зафиксированы в 1 случае (3%) – гипотония, не потребовавшая коррекции лечения.

Выводы: 1. Использование торасемида (диувера) в качестве дегидратационной терапии у больных с декомпенсированной ХСН позволяет добиться более ранней компенсации состояния при меньшем выведении калия; 2. ЖНР достоверно чаще возникали на фоне приема фуросемида; 3. Наблюдалась тенденция к лучшей клинической переносимости торасемида по сравнению с фуросемидом.

0345 ВЫЯВЛЕНИЕ НАРУШЕНИЯ ВАЗОМОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С «МЯГКОЙ» АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ МЕТОДОМ ИЗМЕРЕНИЯ СКОРОСТИ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ

Заирова А.Р., Рогоза А.Н., Ощепкова Е.В.
Институт кардиологии им. А.Л.Мясникова, Москва, Россия; ФГУ РКНПК, Москва, Россия

Цель исследования: изучение возможностей метода измерения скорости пульсовой волны (СПВ) для выявления нарушения вазомоторной функции эндотелия (ВФЭ) у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы: на первом этапе работы обследовано 50 человек: 40 больных ГБ в возрасте от 20 до 72 лет (женщин-19,мужчин-21) с АГ I-III степени с умеренной и высокой степенью риска и продолжительностью заболевания от 2-х до 30-лет и 10 практически здоровых мужчин в возрасте от 20 до 50 лет (группа контроля). Оценка ВФЭ проводилась двумя методами: по Celermajer D.S. (1992) с регистрацией изменений диаметра плечевой артерии на ультразвуковом аппарате высокого разрешения (GE, Vivid 7) и измерением изменений СПВ при проведении пробы с реактивной гиперемией с помощью аппарата VaSera VS-1000 (Fukuda Denshi, Япония). При этом были получены критерии для диагностики дисфункции эндотелия исходя из изменений СПВ (ΔСПВ%). Точность критериев проверялась на втором этапе в группе из 70 мужчин молодого возраста (30,4±0,8 лет) с АГ I степени (САД 148,0±0,9 и ДАД 92,2±0,8 мм рт.ст). В анализ не были включены данные больных ГБ с высоким уровнем шума на осциллограммах и высокой нестабильностью АД в ходе исследования (всего 15 человек из 120). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 6.0 с применением непараметрических методов. Достоверными считались различия при p<0,05. Данные приведены в виде M±SE.

Результаты: На первом этапе работы при сопоставлении данных ультразвукового метода определения зависимой от потока вазодилатации (ЗПВД%) и результатов метода измерения изменений СПВ (ΔСПВ%) был применён метод расчёта операционных характеристик, который показал, что при значении ΔСПВ%=5,1% как «точки разделения», чувствительность и специфичность нового метода выявления нарушения ВФЭ составляют 65% и 90% соответственно. Для увеличения чувствительности метода до 90% необходимо увеличить «критическое» значение ΔСПВ% до 7,4%. При этом специфичность метода составит 60%. На втором («контрольном») этапе дисфункция эндотелия по данным ультразвукового метода (ЗПВД<6%) была выявлена у 49% обследованных, а по данным метода измерения СПВ и использовании в качестве «точки разделения» ранее полученного критерия (ΔСПВ%<5,1%) у 44%. Чувствительность метода составила 78% и специфичность 88%. При критерии ΔСПВ%<7,4% чувствительность метода возрастала до 84% и специфичность снижалась до 64%.

Заключение. Метод измерения скорости пульсовой волны при пробе с реактивной постокклюзионной гиперемией с приемлемой чувствительностью и специфичностью может быть использован у больных молодого возраста с «мягкой» артериальной гипертонией для выявления нарушения вазомоторной функции эндотелия.

0346 ВЗАИМОСВЯЗЬ СОДЕРЖАНИЯ ТЕСТОСТЕРОНА И ИНФИЦИРОВАННОСТИ CHLAMYDIA TRACHOMATIS У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

Зайцев Д.Н., Говорин А.В., Соколова Н.А., Муха Н.В., Радаева Е.В.
ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель: изучить взаимосвязь между уровнем тестостерона и инфицированностью пациентов Chlamydia trachomatis.

Материалы и методы: в настоящей работе представлены результаты обследования 51 больного хроническим простатитом (ХП), средний возраст которых составил 30,8±6,1 лет. Контрольную группу составили 20 здоровых мужчин, сопоставимых по возрасту с основной группой пациентов. В исследование не включались пациенты старше 45 лет, имевшие различные заболевания сердца и воспалительные заболевания любой другой локализации. Для определения инфицированности хламидийной инфекцией больных хроническим простатитом проводился иммуноферментный анализ с определением антител класса Jg M и JgG к Chlamydia trachomatis. Статистическая обработка материала проведена с применением пакета статистических программ «Statistica 6.0». Значимость различий оценивали по t-критерию Стьюдента.

Полученные результаты: все больные ХП были разделены на две группы в зависимости от длительности основного заболевания. Так, 1-ю группу составили 28 пациентов, страдающих ХП менее 5 лет, во 2-ю группу вошли 23 больных с длительностью ХП более 5 лет. Уровень тестостерона в сыворотке крови у длительно болеющих пациентов ХП составил 14,62±3,59 нмоль/л, что было значительно ниже аналогичного параметра больных со стажем менее 5 лет (19,92±10,41 нмоль/л). У лиц контрольной группы уровень тестостерона составил 35,43±6,3 нмоль/л. Различия по концентрации тестостерона в сравниваемых группах были достоверны ($p<0,05$).

При изучении распространенности хламидийной инфекции у 25 (49%) больных ХП были выявлены JgG к Chlamydia trachomatis, а у 12 (23,5%) пациентов - как JgM, так и JgG, что свидетельствовало о повторном обострении инфекционного процесса (JgM) в предстательной железе, наряду с хроническим процессом хламидийной этиологии (JgG). В контрольной группе антител к хламидиям выявлено не было. Исследование уровня тестостерона у больных в зависимости от инфицированности хламидийной инфекцией показало, что содержание данного гормона было значительно снижено у лиц, имеющих антитела как хронической (JgG), так и острой фазы (JgM) хронического простатита (тестостерон 10,52±0,77 нмоль/л), по сравнению с пациентами, имеющими в сыворотке крови только JgG (тестостерон 13,83±1,61 нмоль/л) и лицами без наличия антител (тестостерон 22,08±8,02 нмоль/л) ($p<0,05$).

Выводы: у больных хроническим простатитом уровень тестостерона зависит от длительности заболевания и имеет устойчивую тенденцию к снижению с возрастанием его стажа. Степень инфицированности Chlamydia trachomatis отрицательно влияет на содержание тестостерона в сыворотке крови больных ХП, приводя к его максимальному снижению при повторном обострении заболевания на фоне хронического процесса.

0347 ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ПРИ СТЕНОКАРДИИ

Закирова А.Н., Закирова Н.Э., Клочкова Г.Р.
ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», Уфа, Россия

Цель исследования: установить роль ремоделирования миокарда в развитии ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы. Под наблюдением находились 148 мужчин, больных ИБС, из них 52-со стабильной стенокардией I-II ФК, 49 – стенокардией III ФК и 47- стенокардией IV ФК. В контрольную группу вошли 55 здоровых мужчин. Оценка внутрисердечной гемодинамики проведена методом эхокардиографии с определением конечного диастолического (КДО) и конечного систолического объемов (КСО), массы миокарда (МС) и фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ). Рассчитывались типы и геометрические параметры ремоделирования ЛЖ: индекс сферичности (ИС), относительная толщина стенки (ОТС), миокардиальный стресс (МС), интегральный систолический индекс ремоделирования (ИСИР).

Результаты. При оценке внутрисердечной гемодинамики у больных стабильной стенокардией выявлено, что при стенокардии I-II ФК показатели КДО и КСО, а также структурно-геометрические параметры ремоделирования ЛЖ существенно не отличались от контроля. По мере возрастания тяжести стенокардии объемные и линейные показатели, ММ ЛЖ прогрессивно увеличивались и достигали максимума при стенокардии IV ФК, величины которой значимо отличались от контроля и стенокардии I - II ФК. Гемодинамические параметры ЛЖ при стенокардии III ФК имели промежуточные значения между данными стенокардии II и IV ФК. У больных тяжелой стенокардией (IV ФК) отмечено наиболее значимое возрастание ММ и снижение ФВ ЛЖ на фоне уменьшения ОТС и выраженной сферификации ЛЖ, характеризующейся увеличением ИС. Гемодинамические сдвиги при стенокардии IV ФК указывают на преобладание эксцентрического типа гипертрофии ЛЖ, развивающегося на фоне нарушений сократительной функции миокарда и перегрузки его объемом. Показатель МС при стенокардии II ФК имел тенденцию к повышению, а максимальное его значение достигнуто при стенокардии IV ФК. ИСИР был наименьшим при стенокардии IV ФК и наибольшим при стенокардии II ФК. При корреляционном анализе определены отрицательные зависимости ИСИР с ФК стенокардии, параметрами ММ и КДО ЛЖ, положительная зависимость имелась с ОТС ЛЖ. При оценке типов геометрии установлено, что большинство больных стенокардией I - II ФК имело концентрическое ремоделирование и концентрическую гипертрофию ЛЖ, а треть больных имела нормальную геометрию ЛЖ. При стенокардии высокого ФК (IV) абсолютное большинство пациентов имело эксцентрическую гипертрофию, а при стенокардии III ФК одинаково часто встречались эксцентрическая и концентрическая гипертрофия ЛЖ.

Заключение. Преобладающим структурно-геометрическим изменением ЛЖ у больных стенокардией легкого течения (II ФК) является адаптивная форма ремоделирования, а у больных с тяжелой стенокардией (IV ФК) превалирует дезадаптивное ремоделирование ЛЖ.

0348 ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЭПИЗОДОВ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Закирова А.Н., Закирова Н.Э., Плотникова М.Р., Клочкова Г.Р.
ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», Уфа, Россия

Цель исследования: установить прогностическую значимость эпизодов безболевой ишемии миокарда (БИМ) и дисфункции эндотелия у больных нестабильной стенокардией (НС).

Материал и методы. Проспективное наблюдение за 117 больными НС осуществлялось в течение 1 года. Конечными точками считали смерть больного, развитие крупноочагового инфаркта миокарда, повторную госпитализацию с НС, операции по реваскуляризации миокарда. По результатам наблюдения больные были разделены на 2 группы: с неблагоприятным (n=39) и благоприятным (n=83) исходом заболевания.

Для оценки частоты и продолжительности эпизодов БИМ проводилось суточное мониторирование ЭКГ. Вазодилатирующую функцию эндотелия изучали по эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) плечевой артерии при проведении пробы с реактивной гиперемией. Вазоконстрикторную функцию эндотелия оценивали по уровню эндотелина-1 (ЭТ-1), об адгезивной функции эндотелия судили по концентрации молекул межклеточной

адгезии (JCAM-1, VCAM-1, E-селектин), которые определяли иммуноферментным методом.

Результаты. Установлено, что количество эпизодов ишемии миокарда, как безболевых, так и болевых в группе больных с неблагоприятным исходом было в 3 раза больше, чем при стабильном течении заболевания. При длительном проспективном наблюдении выявлено, что наиболее высокий риск развития кардиальных событий на протяжении 12 месяцев имеется у больных НС, у которых зарегистрировано наличие БИМ продолжительностью 50 минут и смещение сегмента ST на 3 мм (и более). У таких пациентов осложненное течение заболевания и неблагоприятный исход установлены в 87,5% случаев. При оценке прогностической значимости эндотелиальной дисфункции у больных НС обнаружено, что тяжелое течение НС и неблагоприятный исход развивается на фоне избыточной продукции ЭТ-1 и подавления ЭЗВД сосудов. При неосложненном течении НС регистрируются умеренные вазоконстрикторные реакции и относительное снижение ЭЗВД сосудов, значения которых были сопоставимы с данными стабильной стенокардии. Показатели JCAM-1, VCAM-1, Е-селектина у больных НС с неблагоприятным исходом были чрезвычайно высокими и значимо отличались от данных контроля и стабильной стенокардии, а также превышали величины пациентов НС с благоприятным исходом. При легком течении НС параметры молекул адгезии были сопоставимы с данными стабильной стенокардии.

Заключение. Результаты исследования позволяют рекомендовать оценку БИМ и определение параметров эндотелиальной дисфункции в качестве маркеров дестабилизации течения ИБС и предикторов развития сосудистых событий и неблагоприятного исхода.

0349 ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Закирова А.Н., Закирова Н.Э., Плотникова М.Р., Салахова Г.М.
ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», Уфа, Россия

Цель исследования: Установить роль дисфункции эндотелия и гиперэкспрессии провоспалительных цитокинов в развитии острого коронарного синдрома (ОКС).

Материал и методы: Под наблюдением находились 93 мужчин, больных ОКС, из них 60 – с нестабильной стенокардией (НС) и 33 – с острым инфарктом миокарда (ОИМ). Больные НС по тяжести течения заболевания разделены на 2 группы: I и II-III классов, характеризующих тяжесть течения НС. В группу сравнения вошли 83 пациентов со стабильной стенокардией. Контроль составили 55 здоровых мужчин. Для верификации диагноза использовали клинико-инструментальные (суточное мониторирование ЭКГ, ЭХО и допплерэхокардиография) и биохимические (МВ КФК, тропонины) методы. О функции эндотелия судили по эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) плечевой артерии и уровню эндотелина-1 (ЭТ-1). Для оценки иммуновоспалительных реакций исследовали содержание провоспалительных (ИЛ-1β, ИЛ-6, ФНО-α) и противовоспалительных (ИЛ-4, ИЛ-10) цитокинов методом иммуноферментного анализа.

Результаты: Установлено, что течение ОКС сопровождалось существенными нарушениями вазодилатирующей и вазоконстрикторной функции эндотелия, которые проявлялись ингибированием ЭЗВД сосудов и повышенной секрецией ЭТ-1.

Наиболее высокие показатели ЭТ-1 и низкие величины ЭЗВД сосудов определены у больных НС II-III классов и ОИМ. Выявлено, что у больных НС, как I, так и II-III классов наблюдается повышенная активность ИЛ-1β, ИЛ-6 и ФНО-α на фоне снижения уровня противовоспалительных цитокинов. Максимальные величины провоспалительных цитокинов и низкие параметры ИЛ-4 и ИЛ-10 выявлены при ОИМ, их значения существенно отличались от данных контроля, стабильной и НС.

Заключение. Дестабилизация течения ИБС характеризуется эндотелиальной дисфункцией, которая развивается на фоне гиперэкспрессии провоспалительных цитокинов и снижения активности ИЛ-4 и ИЛ-10. Эти иммунологические сдвиги ассоциируются с тяжестью течения ОКС.

0350 ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОПАФЕНОНА У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВУРУЮЩИМИ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Закиров Н.У., Курбанов Р.Д., Азизов Ш.К., Салаев О.С.
Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель. Определить профилактическую эффективность антиаритмического препарата (ААП) I С класса – пропафенона (Пропанорм, «PRO.MED.CS. Praha a.s.») у больных с рецидивирующей фибрилляцией предсердий (ФП).

Материалы и методы. Обследовано 35 больных, ср. возраст 56,06±11,12 лет, с частыми рецидивами ФП (Levy, 1997) и с восстановлением синусового ритма в результате приема пропанорма. У 30 (85,7%) больных диагностирована пароксизмальная и у 5 (14,3%) персистирующая ФП. Причиной ФП явилось ИБС и/или ГБ - у 26 (74.3%), постмиокардитический кардиосклероз - у 7 (20%) и идеопатическая форма ФП - у 2 (5,7%) больных. Критериями исключения являлись: нестабильная стенокардия; ОИМ в течение последних 3 мес.; недостаточность кровообращения III-IV ФК по NYHA; тромбы в камерах сердца, артериальная гипотония (САД ниже 90 мм рт.ст.); СССУ, дисфункция щитовидной железы, хроническая почечная и печеночная недостаточность. Исходное обследование включало общеклинические исследования, ЭКГ в 12 стандартных отведениях, ХМЭКГ, ЭхоКГ. Пропанорм назначался в дозе 450-600 мг/сут. в течение 6 мес., на фоне базисной терапии основного заболевания. Через 1, 3 и 6 мес. больные проходили этапные исследования. При полном (100%) подавлении рецидивов ФП за наблюдаемый период, эффект пропанорма расценивался как абсолютный, при уменьшении частоты рецидивов на 70% и более – как относительный положительный эффект. В случаях снижения частоты рецидивов менее 70% противорецидивная эффективность препарата расценивалась как отрицательная, и пациенту подбирался другой ААП.

Результаты: Информация по эффективности препарата через 1, 3 и 6 месяцев наблюдения имелась соответственно у 33, 31 и 26 пациентов. Установлено, что через 1 месяц у 26 (78,8%) из 33 больных ФП не рецидивировала, у 3 (9%) пациентов приступы аритмии стали редкими и только у 4 (12,1%) больных сохранялись частые приступы. Через 3 месяца наблюдения у 70,4% больных наблюдался абсолютный и ещё у 11,1% относительный профилактический эффект. У 18,5% больных пропанорм не проявил достаточный противорецидивный эффект. За 6 месяцев на фоне профилактического приема пропанорма у 47,6% больных ФП не рецидивировала и ещё у 23,8% больных приступы ФП стали редкими. За этот период уже у 28,6% больных пропанорм был заменен на другой ААП из-за недостаточности профилактического эффекта и сохранения частых рецидивов. При 6- месячном лечении пропанормом всего у 14 % встречались побочные реакции, которые не требовали отмены препарата.

Заключение: 1.Пероральный прием пропанорма в дозе 450-600 мг/сут. обеспечивает положительный противорецидивный эффект у 88%, 70,7%, 68,2 % больных через 1, 3 и 6 месяцев наблюдения, соответственно.

2.Длительный прием антиаритмического препарата I с класса – пропанорма является эффективным и безопасным способом поддержания синусового ритма у больных с рецидивирующей фибрилляцией предсердий.

0351 ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА ТЕВЕТЕНА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Замотаев Ю.Н, Еникеев А.Х.,. Косов В.А.
ФГУ Центральный клинический санаторий «Архангельское», Москва, Россия

Цель исследования: изучение эффективности длительной гипотензивной терапии теветеном (24 мес) на качество жизни пациентов с артериальной гипертонией.

Материалы и методы: динамика функционального состояния прослежена у 56 пациентов, из них 40 составили основную группу (ОГ), принимавших постоянно поддерживающую дозу теветена (300 мг) и 16 чел., составивших контрольную группу (КГ), принимавших препарат эпизодически при повышении АД. Исследования включали определение параметров суточного АД – мониторирования, психодиагностические тесты. Врачебный контроль на первом этапе исследования осуществлялся еженедельно, в дальнейшем – ежемесячно.

Полученные результаты: сравнительный анализ показателей АД мониторирования подтвердил благоприятное влияние постоянной длительной терапии на течение ГБ, при которой у абсолютного большинства пациентов достигнуты целевые уровни САД и ДАД менее 130/85 мм рт.ст. На фоне лечения лизорилом в ОГ среднесуточное САД снизилось с 142,4±5,1 мм рт.ст. до 128,5±3,5 мм рт.ст. ($p>0,05$), т.е. на 11,2% (в КГ на 5,2%). Среднесуточное ДАД до лечения составляло 90,2±4,3 мм рт.ст., после лечения 84,2±3,1 мм. рт.ст. ($p<0,05$) т. е. снизилось на 7,1% (в КГ на 4,7%). Достоверно снизились показатели вариабельности САД и ДАД в дневные и ночные часы, что является благоприятным прогностическим признаком физиологического колебания уровня АД. Так, Вар САД день уменьшилась в ОГ с 20,1±3,6 мм рт.ст. до 12,3±3,1 мм рт.ст. ($p<0,05$), Вар САД ночь с 17,1±3,2 мм рт.ст. до 11,7±3,2 мм рт.ст. ($p<0,05$). Аналогичным образом снизились показатели Вар ДАД день с 16,4±2,7 мм рт.ст. до 10,8±2,2 мм рт.ст. ($p<0,05$) и Вар ДАД ночь с 13,9±2,1 мм рт.ст. до 10,5±1,7 мм рт.ст. ($p<0,05$).В КГ эта динамика имела лишь тенденцию к улучшению. Важным показателем является двойное произведение (ДП), его уменьшение в процессе лечения в дневные и особенно ночные часы отражает снижение этой нагрузки и соответственно потребности миокарда в кислороде, что может рассматриваться как положительный эффект, развивающийся в ответ на действие теветена. До лечения в ОГ в дневные часы ДП составляло 121,3±6,4 усл. ед., в конце наблюдения снизилось до 108,6±5,2 усл. ед., т. е. на 12,3% (в КГ на 7,6%, $p<0,05$), в ночные часы также достоверно уменьшилось с 103,7±4,9 усл. ед. до 92,5±3,8 усл. ед., т. е. на 11,8% (в КГ на 6,4%, $p<0,05$). На фоне улучшения физического состояния отмечается повышение общего восприятия здоровья, где прирост в ОГ составил 15,3% (в КГ -7,0%) и эмоционального состояния, где прирост в ОГ составил 15,0% (в КГ 8,9%), что имеет принципиальное значение в оценке качества жизни и работоспособности пациентов.

Заключение: полученные результаты свидетельствуют о положительном эффекте теветена на психофизиологическое состояние пациентов, работающих на конвейерном производстве при различных режимах приема препарата. Длительная поддерживающая терапия артериальной гипертонии без отрыва от работы приводит к повышению качества жизни.

0352 ВОЗМОЖНОСТИ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В «ШКОЛЕ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ»

Замотаев Ю.Н, Еникеев А.Х.,. Косов В.А.
ФГУ Центральный клинический санаторий «Архангельское», Москва, Россия

Цель работы: оценка влияния программы психофизиологического воздействия («Школа психофизиологической адаптации») на клинико-функциональное и психологическое состояние пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) в условиях напряженной профессиональной деятельности.

Материалы и методы: изучаемый контингент больных представлял собой однородную выборку из 195 пациентов мужского пола, возраст которых составил 44,7±3,4. Обучение проводилось групповым методом (группы по 6-8 человек) в условиях клинического санатория в течение 3-х недель. Амбулаторный период наблюдения составил 3 года.

Полученные результаты: из 195 пациентов, включенных в исследование, 152 больных (основная группа) прошли цикл лечения и обучения по программе “Школа психофизиологической адаптации”. Контрольную группу составили 43 больных, отказавшихся по различным причинам от участия в работе “Школы”. Исследование мотивационной сферы с помощью психодиагностических тестов “Потребность в достижении” (ПД) и “Потребность в общении” (ПО) выявило сниженный уровень мотивации в обеих группах. В основной группе величина “ПД” составила 12,2±0,6 баллов, в контрольной – 11,9±0,7 баллов, “ПО” – 42,5±1,7 баллов и 43,9±1,6 баллов соответственно. У всех больных при анализе психических изменений выявлены невротические реакции с различными типами личностного реагирования, преобладали астеноневротические и кардиофобические реакции. Психологическое тестирование указывало на повышение уровня реактивной тревожности (РТ – 45,47±0,73 баллов в основной группе, 46,13±0,81 баллов в контрольной группе). В конце обучающего курса исследование мотивационной сферы по тестам “ПД” и “ПО” подтвердило, что у больных основной группы возрос уровень мотивации: у них “ПД” составил 15,5±1,3 баллов, в контрольной – 13,7±1,2 баллов, а “ПО” – 51,3±2,1 баллов и 45,8±1,9 баллов соответственно. При оценке результатов психологической реадаптации выяснено, что успешная реадаптация, достигнута в основной группе в 71,6% (81 больной) случаев, в контрольной - в 31,8% (13 больных); удовлетворительная - в 21,3% (24 больных) и в 39,0% (16 больных) соответственно. Отсутствие эффекта наблюдалось у 7,1% (8 больных) и у 29,2% (12 больных) больных соответственно. На протяжении 3-х летнего периода наблюдения проведено 2 поддерживающих цикла обучения в амбулаторных условиях, что позволило сформировать активную, осознанную мотивацию, направленную на восстановление психосоматического здоровья. Так, в основной группе через 1 год уровень ПД составил 18,1±1,1 балла, ПО - 58,3±1,3 баллов, в контрольной - ПД 15,3±0,9 баллов, ПО - 49,4±1,3 балла. Сформированный уровень мотивации сохранялся на протяжении всего периода наблюдения.

Заключение: в результате обучения больные основной группы, достигли более существенных результатов, не только в отношении психосоматического состояния, но и в соблюдении диеты, отказа от курения, контроля уровня АД.

0353 ВОЗМОЖНОСТИ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ АССОЦИИРОВАННОЙ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Зарипова Т.Н., Антипова И.И.
ФГУ Томский научно-исследовательский институт курортологии и физиотерапии, Томск, Россия

Цель научной работы - разработка новых лечебных технологий для больных бронхиальной астмой при ее ассоциации с гипертонической болезнью.

Наблюдения выполнены у 63 больных, средний возраст которых составил 52,8±1,4 лет. Более 2/3 пациентов (77,8%) страдали эндогенной, а 22,2% экзогенной астмой (БА). У всех больных диагностировалась гипертоническая болезнь (ГБ): у 30,2 - 1ст., у 61,9 - 2 ст. и у 7,9% -3 ст.

Лечение физическими факторами осуществлялось на фоне базисной медикаментозной терапии как БА, так и ГБ. Лечебный комплекс включал: лечебную физкультуру, массаж грудной клетки, ингаляции, токи надтональной частоты (ТНЧ). В зависимости от процедуры общего действия все пациенты делились на две сопоставимые группы. Больные 1 группы (32 чел.) получали аппликации пелоида на воротниковую зону и грудную клетку, чередуя их по дням, больные 2 группы (31 чел.) – общие иодобромные ванны через день.

Количество дневных приступов на одного больного снижалось в 13,5 раз (с 1,89±0,36 до 0,14±0,04 раз в сутки; $p<0,001$), ночных в 26,3 раза (с 0,79±0,22 до 0,03±0,004 р/сут.; $p<0,01$). Во второй группе частота дневных приступов уряжалось в 7,5 раза, а ночных – в 6,4 раза. Потребность в бронхолитиках короткого действия снижалось в расчете на одного пациента в 1-ой группе

в 4,9 и во второй - в 2,8 раза. По данным суточного мониторирования артериального давления: лечение больных 1 группы способствовало снижению систолического (САД) и диастолического (ДАД) давления днем, нагрузки по САД днем и средненочночного САД. При лечении иодобромными ваннами (2 группа) дополнительно к перечисленному снизились: средненочное ДАД, нагрузка по ДАД днем, нагрузка по САД и ДАД ночью. В результате лечения суточная доза приема гипотензивных средств сокращалась в 1,5–2 раза. Лечение не являлось чрезмерно нагрузочным для сократительной способности миокарда, фракция выброса (по данным ЭхоКГ) колебалась в среднем в пределах 65-68%. Более чем для половины обследованных до лечения была характерна диастолическая дисфункция, выраженность которой существенно уменьшалась у пациентов 1 группы (Е/А: до лечения 0,78±0,025; после лечения 0,94±0,07; p±0,01).

Проведенные исследования убедительно указывают на возможность качественного лечения сочетанной патологии (БА и ГБ) физическими факторами: в результате лечения существенно улучшается клиническое течение как БА, так и ГБ, сокращается суточная медикаментозная нагрузка на пациента, отмечается рост числа больных с полным контролем течения БА. Выявлена хорошая переносимость лечения, отсутствие негативного воздействия на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы. Показано более значимое позитивное влияние на ведущие патогенетические звенья БА комплекса, включающего пелоидотерапию. В тоже время комплекс с иодобромными ваннами наиболее эффективен при «ночной и утренней гипертензии», а так же при выраженных нарушениях вегетативной регуляции сердечной деятельности.

0354 АДАПТИВНАЯ СПОСОБНОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ СОХРАНЯЕТСЯ У «ЭЛИТНЫХ» СПОРТСМЕНОВ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ АКТИВНОГО ЗАНЯТИЯ СПОРТОМ

Затейщикова А.А., Манхаева Б.Б.*, Чумакова О.С., Кочкина М.С., Горшкова Е.С., Затейщиков Д.А.*
ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ, Москва, Россия; Городская клиническая больница 51*, Москва, Россия

Вариабельность сердечного ритма (ВСР) у спортсменов отражает адаптивные свойства сердечно-сосудистой системы. Целью работы был анализ изменений ВСР у лиц, ранее профессионально занимавшихся спортом в зависимости от степени спортивных достижений. Обследовано 54 бывших спортсмена (31 - элитные) и сформированная по принципу «случай-контроль» группа сравнения (ГС). Средний возраст спортсменов составил 54,3±1,13 лет, 54% - женщины. ГС отличалась большим индексом массы тела (27,8±4,58 против 25,45±3,68 кг/ м^2, p=0,008). Сравнивали параметры ВСР (при суточном мониторировании ЭКГ Cardioclip24 (Венгрия)) между всей группой спортсменами и ГС, а также отдельно между подгруппами «элитных» спортсменов и не достигших высших достижений по сравнению с соответствующими ГС. В ГС достоверно отличались индексы SDRR и SDNN, характеризующие среднее значение стандартных отклонений NN-интервалов, вычисленных по 5-минутным промежуткам в течение всей записи (210,2±458,37 против 280,0±363,67 мсек, p<0,005, и 118,4±35,96 против 150,9±39,14 мсек, p<0,005), а также SDANN – стандартное отклонение средних значений NN, вычисленных по 5-минутным промежуткам (108,4±33,77 против 151,5±48,53 мсек, p<0,005). Параметры ВСР у элитных спортсменов (N=31) и ГС (N=31), достоверные различались (табл.)

Таким образом, в подгруппе «элитных» спортсменов признаки лучшей адаптации сердечно- сосудистой системы к физической нагрузке, выявленные при анализе параметров ВСР, сохраняются и после окончания спортивной карьеры, в то же время адаптивные способности атлетов, которые, занимаясь спортом, не добились высших достижений, после прекращения активного занятия спортом приближаются к таковым у лиц, никогда не занимавшихся спортом.

Показатель ВСР	Лица, не занимавшиеся спортом (n=31)	«элитные» спортсмены (n=31)	p
SDANN (ms)	108,44±5,63	151,52±7,489	<0,001
SDNN (ms)	118,35±5,91	150,94±5,48	<0,001
SDNNi	41,95±16,73	52,04±14,08	0,03
pNN50 (%)	3,64±0,80	4,64±0,86	0,004
HRVti	33,39±11,34	40,76±8,61	0,01

0355 ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В ОЦЕНКЕ РИСКА БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

Затейщиков Д.А., Носиков В.В., Евдокимова М.А., Кудряшова О.Ю., Осмоловская В.С., Галявич А.С., Терещенко С.Н., Глезер М.Г., Кательницкая Л.И., Константинов В.О., Волкова Э.Г., Козеолова Н.А., Минушкина Л.О., Сидоренко Б.А.
Москва, Казань, Ростов-на-Дону, Санкт-Петербург, Челябинск, Пермь, Россия

Цель исследования: изучить ассоциацию полиморфизма генов, кодирующих апопротеин В, протеин С и бета-цепь фибриногена с исходами заболевания у больных с острым коронарным синдромом.

Больные и методы: В 11 центрах (Москва, Казань, Ростов-на-Дону, Санкт-Петербург, Челябинск, Пермь) обследовано 1145 больных с острым коронарным синдромом: 718 (63%) мужчины и 427 (37%) женщины. Средний возраст 61,3±0,34 лет. У 614 (54%) больных был диагностирован Q-инфаркт миокарда, 531 (46%) перенесли неQ-инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию. Проводилось исследование полиморфизма гена протеина С (полиморфный маркер С1654Т), гена фибриногена (полиморфный маркер А455G) и гена аполипопротеина В (полиморфный маркер С-516Т) в лаборатории молекулярной диагностики и геномной дактилоскопии Государственного научного центра РФ «ГосНИИ генетика». Статистическая обработка проводилась с использованием стандартного статистического пакета программ SPSS 16.0.

Результаты: средний срок наблюдения за больными составил 2.29±0,045г. В течение периода наблюдения у 786 больных конечные точки не зарегистрированы, произошел 101 инфаркт миокарда (89-фатальные), 131 эпизодов нестабильной стенокардии, 61 больной подвергся вмешательству на коронарных артериях, 105 больных умерли (из них 89 от сердечно-сосудистых причин, 8 от ОНМК, 8 от других причин). Распределение частот генотипов маркера генов в целом по группе оказалось следующим: полиморфные маркеры гена протеина С: С/С–33,5%, Т/С–55,1%; Т/Т-11,6%, полиморфные маркеры гена фибриногена А/А–8,8%, А/G–30,0%; G/G-61,2%, полиморфные маркеры гена аполипопротеина В С/С–56,4%, Т/С–34,2%; Т/Т-9,5%. Больные, имевшие в генотипе гена протеина С аллель Т за период наблюдения чаще имели неблагоприятный исход, по сравнению с гомозиготными носителями аллеля С. Время дожития до конечной точки составило 2,19±0,056 г против 2,46±0,74 (Log Rank хи-квадрат=7,058, p=0,008).

Заключение: Таким образом, полиморфизм протеина С может, по-видимому, существенно влиять на течение ИБС в группе больных, перенесших эпизод обострения ИБС, что свидетельствует в пользу необходимости внедрения генетического тестирования больных ИБС для выделения лиц, имеющих максимальную предрасположенность к неблагоприятным исходам атеросклероза и указывает возможное направления для разработки медикаментозных вмешательств.

0356 ВОЗМОЖНОСТИ СТАТИНОВ В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕННОГО СУТОЧНОГО РИТМА И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Захарова В.Л., Морозова Т.Е.

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

Цель: определить возможности гиполипидемической терапии статинами в коррекции нарушенного суточного ритма и вариабельности артериального давления (АД) у больных артериальной гипертонией (АГ) с дислипидемией (ДЛП).

Материал и методы: под наблюдением находились 65 больных (м-30, ж-35; ср. возраст 55,7±8,6 лет) АГ 2 степени, высокого риска с ДЛП IIа и IIб типов, получавшие различную антигипертензивную терапию. Больные произвольно были распределены на 3 группы для получения симвастатина (С) 10-20 мг/сут (n=25), аторвастатина (А) 10-20 мг/сут (n=20) и флувастатина (Ф) 20-40 мг/сут (n=20). Группы были сопоставимы по основным демографическим параметрам, гемодинамическим показателям и уровням липидов плазмы. До начала и по окончании исследования всем пациентам проводилось суточное мониторирование АД (СМАД). Подобранная ранее антигипертензивная терапия в течение всего исследования не менялась; при необходимости разрешалось использовать короткодействующие гипотензивные препараты. Длительность лечения составила 12 недель.

Результаты: до начала исследования в группах С, А и Ф уровни систолического (САД)/диастолического (ДАД) составили 150,6±12,6/94,4±7,6 мм рт.ст., 149,7±15,1/89,2±10,4 мм рт.ст. и 151,0±14,2/91,7±11,8 мм рт.ст., соответственно. Добавление статинов к проводимой ранее, но недостаточно эффективной антигипертензивной терапии, позволило добиться дополнительного статистически значимого снижения САД и ДАД. Через 12 недель лечения отмечено достоверное снижение САД под влиянием С, А и Ф на 8,1 ($p<0,05$), 7,6 ($p<0,05$) и 7,3 мм рт.ст. ($p<0,05$) соответственно; ДАД снизилось на 4,5 мм рт.ст. в группе С, на 4,1 мм рт.ст. в группе А и на 3,7 мм рт.ст. в группе Ф ($p<0,05$ во всех случаях). В целом, 60% больных, принимавших статины, достигли целевых значений АД. До начала исследования повышенная вариабельность АД в течение суток была выявлена у 27,7% больных, а нарушения суточного ритма с преобладанием non-dipper типа суточной кривой у 49,2% больных. Результаты СМАД свидетельствуют о нормализации суточных ритмов и уменьшении количества пациентов с недостаточным ночным снижением АД (тип non-dipper). Так в группе С количество non-dippers уменьшилось с 52% до 36%, в группе А с 55% до 40%, в группе Ф– с 40% до 25%. Терапия статинами привела также к снижению вариабельности и уменьшению количества больных с ее исходно повышенными значениями на 4% в группе С, 10% в группе А и 5% в группе Ф.

Выводы: у больных АГ 2 степени, высокого риска с дислипидемией при недостаточной эффективности антигипертензивной терапии назначение симвастатина, аторвастатина и флувастатина в среднетерапевтических дозах в течение 12 недель приводит к дополнительному достоверному снижению САД и ДАД и позволяет контролировать АГ, уменьшая выраженность нарушений суточного ритма и вариабельности АД.

0357 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ АЛТИАЗЕМОМ РР НА СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПОКАЗАТЕЛИ РЕГУЛЯТОРНЫХ СИСТЕМ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Захарова О.Ю., Чернов Ю.Н., Батищева Г.А.
Воронежская государственная медицинская академия им Н.Н.Бурденко, кафедра клинической фармакологии с курсом ФПК и ППС, Воронеж, Россия

Цель: изучение влияния терапии алтиаземом РР на суточный профиль артериального давления (АД) и показатели регуляторных систем у больных с сочетанием бронхиальной астмы (БА) и артериальной гипертензии (АГ).

Методы: проведено обследование 10 больных пульмонологического отделения Дорожной клинической больницы Юго-восточной железной дороги, г.Воронеж, страдавших БА легкой и средней степени тяжести, средний возраст 43,5±4,9. Больные получали ингаляционные глюкокортикостероиды, В2-агонисты и препарат группы блокаторов медленных кальциевых каналов алтиазем РР в дозе 180 мг/сутки. Контроль эффективности терапии проводился с учетом показателей суточного мониторирования АД (СМАД), среднего давления в легочной артерии (СДЛА) и вариабельности сердечного ритма исходно и через 1 месяц приема препаратов.

Результаты: до начала терапиипо данным СМАД у пациентов была выявлена систоло-диастолическая артериальная гипертензия умеренного уровня со среднесуточным САД 136±5,6 мм рт.ст и ДАД 94,5±3,5 мм рт.ст. Суточный профиль АД характеризовался недостаточным снижением АД в ночной период. Суточный индекс (СИ) составил для САД 7,1±1,3%, для ДАД 4,4±2,6%, при этом у всех больных регистрировался профиль АД «non-dippers». Через 1 месяц фармакотерапии наблюдалось снижение АД в дневной и ночной период мониторирования: среднесуточное САД снизилось до 133±2,4 мм рт.ст., среднесуточное ДАД до 83±1,4 мм рт.ст ($p<0,05$). Нагрузка давлением по показателю индекса времени (ИВ) снизилась: ИВ САД с 47,7±14,1% до 24±12,6% ($p<0,05$), ИВ ДАД с 84,1±10,8% до 73,5±11,1%. Показатель нормированного индекса площади (ИПН) уменьшился: ИНП САД с 7,31±1,4 до 2,35±1,2 мм рт.ст ($p<0,05$), ИПН ДАД с 19,75±3,8 до 11,1±1,8 мм рт.ст ($p<0,05$). Кроме того, на фоне приема алтиазема РР у больных выявлено изменение суточного профиля АД с увеличением СИ для САД до 13,7±2,5%, СИ для ДАД до 12,4±9,2%. На фоне фармакотерапии также отмечено уменьшение легочной гипертензии, сопровождающееся снижением СДЛА с 24,25±7,99 мм рт.ст. до 17,37±1,41 мм рт.ст. ($p<0,05$). При этом установлено усиление активности симпатического звена регуляции, что выражалось увеличением показателя индекса централизации (IC) с 6,92±0,35ед. до 10,48±1,13ед. и ростом стресс-индекса (SI) с 149±11,4ед. до 187±30,1ед.

Выводы: на фоне терапии алтиаземом РР у больных БА выявлено улучшение суточного профиля АД с уменьшением проявлений легочной гипертензии на фоне умеренной активация симпатического звена регуляции.

0358 ВЗАИМОСВЯЗЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА И ВАЗОДИЛАТИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Захарчук Н.В., Невзорова В.А., Плотникова И.В.
ВГМУ, Владивосток, Россия

Цель исследования: оценить функциональные возможности мозгового кровотока и вазодилатирующую функцию сосудистого эндотелия при стабильном и кризовом течении гипертонической болезни.

Методы исследования: в исследование были включены 90 человек, лица обоего пола, в возрасте от 47 до 69 лет. У 60 пациентов диагностирована гипертоническая болезнь (ГБ). В 1-ую группу вошли 40 больных со стабильным течением ГБ, 2-ую группу составили 20 человек с гипертоническим кризом (ГК). Контрольная группа состояла из 30 человек соответствующего возраста без гипертонической болезни. Продолжительность наблюдения составила 12 недель. Мозговой кровоток (МК) изучали методом транскраниальной допплерографии в средней мозговой артерии. Вазодилатирующую функцию эндотелия оценивали по уровню метаболитов NO в сыворотке крови.

Результаты: при стабильном течении гипертонической болезни у пациентов с АГ I и II степени параметры МК оставались в пределах нормы. При АГ III степени отмечено статистически значимое снижение средней скорости кровотока до 49,7 см/с (в контрольной группе 56,1 см/с; $p<0,05$) и повышение пульсационного индекса PI до 0,98 усл.ед. (PI контрольной группы=0,85 усл.ед.; $p<0,05$). При корреляционном анализе установлена статистически значимая слабоположительная прямая зависимость между уровнем АД и индексом резистентности IR только у пациентов с АГ III степени ($r=+0,17$; $p<0,05$). Во время гипертонического выявлено статистически значимое повышение систоличес-

кой скорости кровотока до 134,4 см/с и средней скорости до 81,6 см/с, что соответствует легкой степени вазоспазма, при этом выявлена прямая корреляция между повышением АД во время ГК и средней скоростью кровотока (r=+0,16; p<0,05). Одновременно с этим при ГК отмечено достоверное повышение PI до 1,01 усл.ед. и IR до 0,62 усл.ед. по сравнению с контрольной группой (p<0,05). У всех пациентов с АГ выявлено достоверное снижение NO в среднем до 19,2 ммоль/л (контроль 23,4 ммоль/л; p<0,05). Так же при ГК выявлена положительная корреляция между содержанием NO и уровнем АД (r=+0,26; p<0,05), а так же между концентрацией NO и средней скоростью кровотока в СМА (r=+0,32; p<0,05).

Выводы: 1. При АГ I и II степени МК не отличается от группы контроля, в то время как при АГ III степени отмечено снижение средней скорости кровотока и повышение сосудистого сопротивления, что говорит об «истощении» феномена ауторегуляции МК. 2. При ГК отмечается нарушение мозговой гемодинамики в виде вазоспастической реакции с достоверным увеличением систолической скорости кровотока и сосудистого сопротивления. 3. При АГ во всех группах отмечается снижение концентрации NO. 4. При кризовом течении ГБ имеется прямая зависимость между содержанием NO, уровнем АД, а также средней скоростью кровотока в СМА, что свидетельствует об активации компенсаторных механизмов во время ГК в ответ на сосудистые вазоспастические реакции.

0359 ВЛИЯНИЕ ВАРИАНТОВ ГЕНА АПОЛИПОПРОТЕИНА А1 НА РИСК РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Зверева В.В.[1], Демина Е.П.[1], Курьянов П.С.[2], Родыгина Т.И.[1], Шварцман А.Л.[1]
Петербургский Институт ядерной физики имени Б.П. Константинова РАН[1], Гатчина, Россия; Государственный медицинский университет имени И.П. Павлова[2], Санкт-Петербург, Россия

Пониженный уровень холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) – один из основных факторов риска развития атеросклероза. Одной из ключевых функций ЛПВП, обуславливающих их антиатерогенный эффект, является их участие в обратном транспорте холестерина из периферических тканей в печень. Аполипопротеин А-I – основной структурный белок ЛПВП и непосредственный акцептор холестерина. Однако в настоящее время вопрос о влиянии вариантов гена аполипопротеина A-I (APO A-I) на риск развития атеросклероза остаётся открытым.

Цель исследования: изучение вклада вариантов (-75)G<A (M1) и 83C<T (M2) гена APO A-I в развитие атеросклероза у жителей Санкт-Петербурга.

Материалы и методы. Частоты вариантов (-75)G<A и 83C<T гена APO A-I были определены: 1) в группе пациентов с атеросклерозом, подтверждённым методом ангиографии (133 человека); 2) в контрольной группе, которую составили лица без сердечно-сосудистой патологии (235 человек). Геномную ДНК выделяли из венозной крови фенол-хлороформным методом. Генотипирование вышеуказанных вариантов гена APO A-I проводили методом ПЦР и последующего рестрикционного анализа с использованием рестриктазы MspI.

Результаты. Частота аллеля 83T (M2-) гена APO A-I в группе пациентов с атеросклерозом была ниже по сравнению с контрольной группой (0.020 и 0.066, соответственно) (p=0.006). Не было обнаружено различий в частотах варианта (-75)G<A гена APO A-I между группой пациентов и контрольной группой.

Таким образом, у жителей Санкт-Петербурга носительство аллеля 83T (M2-) гена APO A-I ассоциировано со снижением относительного риска развития атеросклероза (OR=0.276, 95%ДИ:[0.589:-0.129]).

0360 ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОКСЕРОВ ВЫСОКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ

Золичева С.Ю., Камаев К.А., Спицин В.А., Мартиросов Э.Г., Смоленский А.В., Михайлова А.В.,
НИИ спортивной медицины Российского государственного университета физической культуры, спорта и туризма, медико-генетический научный центр РАМН, Москва, Россия

Распространенность гипертрофии миокарда левого желудочка среди населения составляет 16%, а в спортивной популяции этот показатель варьирует от 5 до 13%, в то же время отсутствуют современные данные по распространенности гипертрофии миокарда левого желудочка среди спортсменов, занимающихся боксом.

Целью данного исследования было изучение соматического статуса боксеров высокой квалификации, оценка распространенности гипертрофии миокарда левого желудочка (ГЛЖ).

Было обследовано 30 спортсменов, занимающихся любительским боксом. Возрастная группа обследуемых от 18 до 30 лет, спортивная квалификацию не ниже мастера спорта.

В работе были применены следующие методы исследования: антропометрия, изучение состава тела методом биоимпедансометрии, измерение артериального давления по рекомендациям ВОЗ, ЭКГ лежа и в ортоположении, эхокардиография, тестирование физической работоспособности.

ГЛЖ (индекс массы левого желудочка (иММЛЖ) >134г/м^2 у мужчин) была выявлена у 7 спортсменов (21%) и не сопровождалась нарушением диастолической функции левого желудочка. Показатели физической работоспособности свидетельствовали о высоком уровне функциональной готовности спортсменов. Клинических признаков хронического перенапряжения выявлено не было, однако в 21,2% случаев отмечались нарушения реполяризации по данным ЭКГ покоя и гиперсипатикотоническая реакция при проведении ортостатитческой пробы.

0361 ВЛИЯНИЕ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ТКАНЕВУЮ ОКСИГЕНАЦИЮ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

Зонова Ю.А., Зонов О.А.
ГОУ ВПО Кировская Государственная Медицинская Академия, Киров, Россия

Лечение фибрилляции предсердий (ФП) у больных с хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) подразумевает коррекцию гипоксемии и контроль сердечного ритма блокаторами кальциевых каналов или амиодароном. В настоящее время недостаточно данных об эффективности антиаритмической терапии (ААТ) в условиях исходной гипоксии, являющейся предиктором аритмогенеза, и влиянии ААТ на уровень оксигенации тканей.

Цель работы: изучение влияния ААТ изоптином SR, амиодароном и терапии ХОБЛ на кислородный режим тканей (КРТ) и на течение ФП у больных с сочетанием ХОБЛ и рецидивирующей ФП.

Материал и методы: обследовано 75 больных с ХОБЛ IIа – IIб стадии и часто рецидивирующей ФП, наблюдение начиналось в период синусового ритма. Исходно и через год терапии исследовали КРТ полярографическим методом с использованием чрескожного датчика «CLARK», проводилась функциональная проба с ингаляцией O2, оценивались частота в месяц, продолжительность, тяжесть купируемости рецидивов ФП в баллах. Пациенты были рандомизированы на 3 группы по 25 человек: 1 группа - ААТ амиодароном 200 мг/сут, 2 группа - ААТ изоптином SR 240 мг/сут, 3 группа - плацебо. Все пациенты получали терапию ХОБЛ, соответствующую рекомендациям GOLD.

Результаты. Исходно пациенты не различались по показателям КРТ и особенностям течения ФП, у всех больных имелась тканевая гипоксия. При исследовании КРТ у пациентов группы плацебо через год pO2 повысилось с 52,6±11,89 до 60,92±13,37 mm Hg (p=0,000001), сократилось время от начала ингаляции O2 до прироста pO2 (Lat T) с 39,96±12,52 до 36,24±11,6 секунд (p=0,04), скорость прироста pO2 (VпрO2) увеличилась с 0,69±0,36 до 0,98±0,34 mm Hg/сек.

(p=0,000008), возрос процент прироста pO2 (%O2) с 164,87±15,71 до 232,88±82,66% (p=0,00001); кроме того уменьшилась частота рецидивов ФП в месяц с 1,24±0,92 до 0,84±0,82 (p=0,005), но не изменились их продолжительность и тяжесть купируемости.

Под влиянием амиодарона возросло pO2 тканей с 53,48±9,24 до 64,72±10,22 mm Hg (p=0,000001), снизилась частота рецидивов ФП в месяц с 2,95±2,20 до 0,318±0,28 (p=0,0009), произошло их укорочение с 3,08±1,15 до 2,16±1,40 баллов (p=0,017) и улучшение купируемости с 3,32±1,24 до 2,20±1,15 баллов (p=0,007).

На фоне ААТ изоптином SR наблюдался наибольший (p=0,0078) прирост pO2 тканей с 60,32±11,42 mm Hg до 70,44±10,94 mm Hg (p=0,000003), Lat T укоротился с 55,0±34,36 до 33,6±13,1 секунд (p=0,0002), при этом увеличилась VпрO2 с 0,64±0,36 до 0,87±0,41 mm Hg/сек. (p=0,0004), и возрос %O2 с 164,87±76,98% до 210,48±90,66% (p=0,03). Частота рецидивов ФП в месяц снизилась с 1,57±2,14 до 0,25±0,30 (p=0,0028), уменьшилась их продолжительность с 3,12±1,30 до 1,84±1,59 баллов (p=0,0006), улучшилась купируемость с 3,44±1,35 до 2,04±1,4 баллов (p=0,0003).

При сравнительном анализе наиболее эффективное снижение частоты рецидивов ФП выявлено в группах ААТ (p<0,001), которые не различались по уменьшению частоты (p=0,27), продолжительности (p=0,29) и улучшению купируемости (p=0,52) рецидивов ФП.

Выводы: у пациентов с сочетанием ХОБЛ и ФП адекватно подобранная терапия бронхообструктивной патологии даже при отсутствии ААТ снижает частоту рецидивов ФП и улучшает КРТ; изоптин SR и амиодарон обладают высокой антиаритмической эффективностью, сопоставимыми антиаритмическими эффектами; предпочтение следует отдавать изоптину SR, который имеет ряд преимуществ в сравнении с амиодароном: улучшает КРТ и оптимизирует вентиляционно-перфузионные соотношения.

0362 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПОД ВЛИЯНИЕМ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИЯМИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Зонов О.А., Зонова Ю.А.
ГОУ ВПО Кировская Государственная Медицинская Академия, Киров, Россия

Цель работы. Изучение влияния воспаления на изменения тканевой адаптации и течение артериальной гипертензии (АГ) у лиц с сочетанием АГ и инфекций мочевых путей (ИМП).

Материал и методы: обследовано 140 пациентов с АГ с сопутствующими инфекциями нижних отделов (ИНМП) и верхних отделов (ИВМП) мочевых путей. Пациентам с АГ и ИМП наряду со стандартными методиками обследования проводили исследование мочи (общий анализ, 3-х стаканную пробу, посев), микроскопию секрета предстательной железы, ПЦР-диагностику; внутриклеточных инфекций; определение С-реактивного белка (СРБ) количественным методом; транскутанное исследование кислородного режима тканей и микроциркуляции полярографическим методом (аппарат TCM-2; Radiometer) с выполнением ишемической пробы с оценкой реактивной гиперемии; определение средней скорости диуреза в минуту и среднего артериального давления (АД).

Результаты. При обследовании больных с бактериальными ИВМП значения СРБ, являющегося маркером системного микровоспаления, фиксировались на уровне 7,34±0,45 мг/дл, средняя скорость диуреза составляла 0,35±0,019 мл/мин, а уровень среднего АД – 119,8±6,24 mm Hg; при исследовании реакции микрососудов на регионарную ишемию у пациентов с бактериальными ИВМП средняя скорость снижения тканевого pO2 составила 1,01±0,34 mm Hg/сек, а средняя скорость восстановления кровотока в условиях постишемической реактивной гиперемии, составила 1,02±0,28 mm Hg/сек. У пациентов с бактериальными ИНМП данные обследования достоверно отличалось (p<0,05): уровень СРБ был достоверно ниже 3,25±0,21 мг/дл, что сопровождалось большей средней скоростью диуреза – 0,56±0,03 мл/мин и меньшими значениями среднего АД - 115,07±4,22 mm Hg; кроме того выявлены меньшие значения средней скорости снижения pO2 - 0,88±0,3 mm Hg/сек, и более быстрое постишемическое восстановление кровотока – 1,21±0,36 mm Hg/сек.

У больных с внутриклеточными ИМП уровень СРБ был достоверно ниже, чем при бактериальных ИМП - 0,56±0,1 мг/дл, при этом скорость диуреза была достоверно выше – 0,68±0,07 мл/мин; при исследовании состояния микроциркуляции отмечались наименьшие показатели средней скорости падения pO2 при создании регионарной ишемии – 0,80±0,19 mm Hg/сек и быстрейшее постишемическое восстановление регионарного кровотока – 1,42±0,32 mm Hg/сек (p<0,05).

Выводы. Течение АГ у пациентов с ИМП изменяется под влиянием системного воспалительного ответа, который зависит от уровня поражения мочевыводящих путей и от особенностей патогенной микрофлоры. Выявление более высоких значений маркера воспаления сопровождается верификацией более высоких цифр среднего АД и наибольшим снижением скорости диуреза. Наибольшая выраженность эндотелиальной дисфункции, способствующей изменению тканевой микроциркуляции и последующей декомпенсации течения АГ, также выявлена у пациентов, имеющих более высокие значения маркера воспаления.

0363 ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ГЕМОРЕОЛОГИИ И СИСТЕМЫ NO-ЭНДОТЕЛИЙ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Зорина Н.В., Назарова О.А., Орлов Р.Б.
ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава РФ, Иваново, Россия

Цель: дать характеристику реологических параметров и функции эндотелия у больных с метаболическим синдромом.

Методы: в исследование включено 35 пациентов с метаболическим синдромом, средний возраст 49,2±9,4 лет. Больные имели артериальную гипертонию I/II степени. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц. Всем пациентам проводилось исследование реологических свойств крови и плазмы (цитоархитектоники и агрегации); определение уровня L-цитруллина в плазме крови и количества циркулирующих десквамированных эндотелиоцитов.

Результаты: анализ гемореологического профиля у пациентов с метаболическим синдромом свидетельствует о незначительных нарушениях цитоархитектоники эритроцитов по сравнению с контролем; группы не отличались между собой по индексу деформируемости, процентному содержанию обратимо и необратимо деформированных форм. При фазово-контрастной микроскопии было получено недостоверное снижение содержания дискоцитов в периферической крови (79±0,3%), при этом увеличивалось содержание необратимо измененных форм (8,9±1,3%). В контрольной группе эти показатели соответственно составили 82,5% и 7%. У пациентов исследуемой группы, по сравнению с контрольной, было обнаружено достоверное повышение среднего размера эритроцитарного агрегата (соответственно 6,4±0,65 усл.ед. и 5,7±0,68 усл.ед.), показателя агрегации (1,94±0,03 относит.ед. и 1,5±0,11 относит.ед.), а также уменьшением неагрегированных эритроцитов (соответственно 45,4±1,95% и 65,3±1,09%), (p<0,05). Выявленные корреляционные связи показали наличие зависимости реологических показателей от выраженности и длительности абдоминального ожирения. Так, отмечены взаимосвязи между индексом массы тела и показателем агрегации (r=0,3; p<0,05), индексом необратимой трансформации (r=0,3; p<0,05) и индексом обратимости(r=-0,3; p<0,05), а также длительностью ожирения и индексом обратимой трансформации (r=0,46; p<0,05). У исследуемых больных уровень L-цитруллина плазмы (2,1±0,3%) достоверно превышал таковой в группе контроля (1,3±0,21%). Одновременно в крови вдвое относительно данных контроля увеличилось количество циркулирующих десквамированных эндотелиоцитов.

Выводы: изменения реологии крови у больных с метаболическим синдромом заключаются в замедлении процесса агрега-

ции эритроцитов и склонность к необратимой деформации, при этом имеет место напряженное функционирование системы NO-эндотелий.

0364 ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ФАКТОРА V АССОЦИИРОВАН С НАЛИЧИЕМ ТРОМБА В УШКЕ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У БОЛЬНЫХ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

Зотова И.В., Исаева М.Ю., Ваниева О.С., Бровкин А.Н., Алехин М.Н., Затейщиков Д.А., Носиков В.В., Сидоренко Б.А.
ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ, Москва, Россия; Государственный научный центр «ГосНИИ генетика», Москва, Россия

Тромбоз ушка левого предсердия (УЛП) считается основной причиной тромбоэмболических осложнений при мерцательной аритмии (МА).

Целью работы явилось выявление генетических предикторов образования тромба в УЛП у больных с персистирующей формой МА без поражения клапанов сердца.

Материал и методы исследования: в исследование включено 53 больных (33 мужчин и 20 женщин) с длительностью МА более 48 часов (максимальная длительность МА - 90 дней). Средний возраст - 63,0±1,27 лет. У 50 (94%) больных была артериальная гипертензия, у 20 (38%) - ИБС, у 37 (70%) – сердечная недостаточность, у 3 (5,7%) – ишемический инсульт. Чреспищеводная эхокардиография проводилась на аппарате Sonos 5500 («Hewlett – Packard», США). Амплификацию полиморфных маркеров проводили на амплификаторе PHC-2 (“Techne”, Великобритания) с помощью ПЦР. Изучен полиморфизм генов бета-цепи фибриногена (полиморфный маркер G455A), гена ингибитора активатора плазминогена 1 типа (полиморфный маркер 4G/5G) и гена фактора V (полиморфные маркеры C-426T и G1691A (Лейденовская мутация)). Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета статистических программ SPSS 13.

Результаты исследования: С наличием тромба в УЛП были связаны: факт наличия ИБС (OR=3,9 [1,06-15,70], p=0,038), генотип TT полиморфного маркера C-426T гена фактора V (OR=7,31 [1,05-51,10], p=0,045), снижение фракции выброса левого желудочка менее 40% (OR=7,50 [1,56-36,17], p=0,012), размер НПВ (OR=14,10 [1,47-135,59], p=0,022) и снижение максимальной скорости изгнания крови из УЛП менее 20 см/с (OR=10,21 [2,27-45,89], p=0,002). Независимая ассоциация с наличием тромба в УЛП (по данным многофакторного анализа) установлена для факта наличия ИБС (OR=15,10 [1,16-196,54], p=0,039), генотипа TT полиморфного маркера C(-426)T гена фактора V (OR=51,20 [1,88-1396,39], p=0,02) и снижения максимальной скорости изгнания крови из УЛП менее 20 см/с (OR=29,17 [2,32-366,85], p=0,009).

Заключение Выявлен новый предиктор наличия тромба в УЛП у больных с МА - генотип TT полиморфного маркера C-426T гена фактора V.

0365 СОСТОЯНИЕ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ И МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Зубайдов Р.Н., Саидов Ё.У., Шарипова Х.Ё., Халилова Д.А.
Таджикский госмедуниверситет, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: комплексное изучение показателей свертывающей системы крови и состояние микроциркуляторного кровотока (МЦ) у больных ревматоидным артритом (РА) с факторами риска (ФР) развитии атеросклероза (АС).

Методы исследования: обследовано 38 больных с достоверным ревматоидным артритом (РА), по критериям АКР (1987), в возрасте от 20 до 56 лет (средний возраст – 42±3 года). Среди обследованных больных были 29 женщин и 10 мужчин. Большинство больных (34) были серопозитивны по ревматоидному фактору, имели высокую активность (по DAS28-disease activity score) и 2-3 рентгенологические стадии РА. Средняя продолжительность РА составило 8,2±1,6 года. У 36 обследованных имелись различные системные проявления РА. Клинические проявления кардиоваскулярных заболеваний – КВЗ имели место у 10 пациентов (инсульт- у 1, стенокардия- у 9, из них у 3 развился инфаркт миокарда - ИМ). Контрольную группу составили 40 здоровых лиц в возрасте от 18 до 58 лет. У всех пациентов основной и контрольной групп анализировали традиционные ФР АС. Показатели свертывающей системы крови определялись коагулометрическими методами. Исследование состояние МЦ осуществлялось с помощью конъюнктивальной биомикроскопии.

Полученные результаты: несмотря на молодой возраст больных в основной группе по сравнению с контролем (42±3 и 53±6 года соответственно; p<0,001) у них чаще выявлялась АГ (46 и 22% соответственно; p<0,05), имело место более высокий уровень триглицеридов (ТГ) (1,58 и 0,48 ммоль/л соответственно; p<0,01). Частота других традиционных ФР у больных РА и лиц контрольной группе не различались. В тоже время, частота КВЗ (стенокардия, ИМ, инсульт) была достоверно более высокой у больных РА, чем в контрольной группе (26 и 2,5% соответственно; p<0,01). Группу больных РА с клиническими проявлениями КВЗ объединило 10 пациентов. Особенностью данной группы больных является большая длительность болезни (>10 лет), наличие системных проявлений РА, высокая частота АГ (75%), гиперлипидемия (82%), максимальное значение индекса тяжести РА (более 10 баллов), а также высокий риск сосудистых катастроф в ближайшие 10 лет. Исследование коагуляционных свойств крови показало, что у больных РА имеет место состояние гиперкоагуляции (АЧТВ-28±1,2 сек.; p<0,01; фибриноген – 6,8±0,4 г/л; p<0,01; РФМК – 12±1,02 мг%; <0,001). По данным конъюнктивальной биомикроскопии были выявлены ярко выраженные изменения кровотока и архитектоники МЦ у больных РА по сравнению с контрольной группой (общий конъюнктивальный индекс – 12,4±0,6 баллы; p<0,001).

Выводы: в раннем развитии АС и связанных с ним осложнений у больных РА наряду с ФР (как традиционных, так и связанных с самой болезнью), по всей вероятности определенную роль играют активация свертывающая системы крови и нарушения МЦ кровотока и это обстоятельство дополнительно повышает актуальность изучения патогенетических механизмов поражения кардиоваскулярной системы у данной категории больных.

0366 НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СТЕНТОВ TAXUS В ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ИБС.

Зырянов И.П., Кузнецов В.А., Бессонов И.С., Семухин М.В., Панин А.В., Бухвалов В.А., Горбатенко Е.А.
Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель. Оценить эффективность и безопасность применения стентов, покрытых паклитакселем (TAXUS Liberte, Boston Scientific, США), в лечении ИБС.

Материалы и методы. В период с марта 2007 по февраль 2008 года 368 (83,7% мужчин) пациентам было имплантировано 500 стентов, покрытых паклитакселем (TAXUS Liberte, Boston Scientific, США). Средний возраст пациентов составил 52,7±0,2 года. Среди исследованных пациентов 150 (40,8%) были курящими, ожирение было выявлено у 237 (64,4%), дислипидемия у 350 (95,1%), сахарный диабет у 59 (16%). Инфаркт миокарда в анамнезе был у 219 (59,5%) пациентов. Для большинства пациентов было характерно наличие сердечной недостаточности II ФК. Стенокардия напряжения встречалась у 289 (78,5%) пациентов, из них у 246 (85,1%) II и III ФК. Среди исследованных пациентов у 79 (21,5%) при поступлении диагностировался ОКС, при этом у 31 (8,4%) с подъемом сегмента ST, у 48 (13%) без подъема сегмента ST. Почти в половине случаев ангиопластика проводилась у пациентов со сложными поражениями коронарных артерий. Так, у 21 (5,7%) пациента выполнялась ангиопластика ствола левой коронарной артерии, у 73 (19,8%) пациентов реканализация

хронических окклюзий, у 14 (3,8%) пациентов ангиопластика по поводу рестеноза в ранее установленном стенте, у 75 (20,3%) пациентов ангиопластика по поводу двух- и многососудистого поражения коронарного русла. Всем пациентам за три дня до выполнения вмешательства назначалась двухкомпонентная дезагрегантная терапия: плавикс 75 мг/сут., аспирин кардио 100 мг/сут. В ряде случаев применялась нагрузочная доза плавикса 300 мг непосредственно перед вмешательством.

Результаты и обсуждения. Оптимальный ангиографический результат был достигнут в 99,3% случаев. На госпитальном этапе осложнения были отмечены у 12 (3,2%) пациентов. Повторная ТБКА проводилась у 6 (1,6%) пациентов, при этом у 3 (0,8%) пациентов по поводу острого тромбоза стента. У 3 (0,8%) пациентов на госпитальном этапе развился не Q-инфаркт миокарда.

Через 30 дней результаты ангиопластики были оценены у 312 пациентов. За исследуемый период у 1 пациента развился не Q-инфаркт миокарда. Прием двухкомпонентной дезагрегантной терапии продолжали 306 (98,1%) пациентов.

Через 180 дней результаты ангиопластики были оценены у 164 пациентов. В течение исследуемого периода у 2 (1,2%) пациентов развился не Q-инфаркт миокарда. У 4 (2,4%) пациентов была выполнена повторная ТБКА по поводу рестеноза в стенте. Частота повторных госпитализаций за исследуемый период составила 4,9%. Следует отметить, прием двухкомпонентная дезагрегантная терапии продолжали 140 (85,4%) пациентов.

Выводы. Применение стентов, покрытых паклитакселем (TAXUS Liberte, Boston Scientific, США), является безопасным и высокоэффективным методом лечения ИБС и характеризуется благоприятным клиническим результатом как в ближайшем, так и в отдаленном периоде при условии длительного приема двухкомпонентной дезагрегантной терапии.

0367 НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ: ОЦЕНКА ШАНСОВ ПОСЛЕДУЮЩЕГО РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ПО ДАННЫМ ПОПУЛЯЦИОННОГО РЕГИСТРА

Зяблов Ю.И., Округин С.А., Гурченок А.Г., Гарганеева А.А.
ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель работы. Определить факторы, достоверно влияющие на развитие острого инфаркта миокарда (ОИМ) при нестабильной стенокардии (НС) и разработать математическую модель прогнозирования исходов НС.

Материал и методы. В рамках популяционной программы «Регистр НС», проводимой в Томске, за 2 года наблюдения было зарегистрировано 1477 больных с верифицированным диагнозом НС. Были выделены 4 клинические формы (КФ) течения НС: 1. Впервые возникшая стенокардия, 2. Учащение приступов стенокардии, существовавшей ранее, без изменения их характера, 3. Учащение приступов стенокардии, существовавшей ранее, с изменением их характера, 4. Затяжной приступ стенокардии длительностью не менее 20 минут не купирующийся нитроглицерином. По истечении 28 дней со времени появления признаков НС стабилизация состояния отмечена у 74,1% пациентов, развитие ОИМ – у 25,4%. Для определения факторов, влияющих на прогноз НС, была использована методика пошаговой логистической регрессии.

Результаты исследования. Было установлено, что на ближайший прогноз НС достоверно влияют следующие признаки: 1.Тип клинического течения заболевания; 2.Сахарный диабет в анамнезе; 3. Характер изменений на ЭКГ (депрессия сегмента ST, подъем сегмента ST, отрицательный или плюс\минус зубец Т); 4. Характер лечения в остром периоде.

Наличие I КФ НС увеличивает шансы неблагоприятного исхода по сравнению с III КФ в 7,6 раза; наличие II КФ НС увеличивает шансы неблагоприятного исхода по сравнению с III КФ в 4 раза. Наличие сахарного диабета увеличивает шансы неблагоприятного исхода в 3,5 раза. Наличие депрессии ST по сравнению с отсутствием изменений на ЭКГ увеличивает шансы неблагоприятного исхода в 23,4 раза. Наличие подъема ST по сравнению с отсутствием изменений на ЭКГ увеличивает шансы неблагоприятного исхода в 297,7 раз. Наличие отрицательного Т по сравнению с отсутствием изменений на ЭКГ увеличивает шансы неблагоприятного исхода в 50,8 раза. Отсутствие лечения в остром периоде по сравнению с лечением в специализированном отделении увеличивает шансы неблагоприятного исхода в 665,1 раза. Амбулаторное лечение по сравнению с лечением в специализированном отделении увеличивает шансы неблагоприятного исхода в 9,2 раза; лечение в общетерапевтических стационарах по сравнению с лечением в специализированном отделении увеличивает шансы неблагоприятного исхода в 7,1 раза. В ходе исследования была разработана математическая модель определения вероятности развития неблагоприятных исходов НС.

Выводы. Таким образом, к числу факторов, оказывающих достоверное влияние на прогноз острого периода НС, относятся характер клинического проявления НС, наличие в анамнезе сахарного диабета, особенности изменений на ЭКГ и место лечение. Предложенная модель определения вероятности развития неблагоприятного исхода может найти применение на догоспитальном этапе для помощи практическим врачам в определении правильной тактики по отношению к больному с НС.

0368 ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ибатов А.Д.
Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель: изучить эмоциональный статус и вариабельность ритма сердца у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и метаболическим синдромом (МС).

Методы исследования: Обследовано 96 мужчин, больных ИБС и ХСН (II–IV функционального класса по NYHA) в возрасте от 42 до 65 лет (средний возраст 57,5±0,8 лет). Признаки МС выявлены у 34 пациентов (средний возраст 55,2±0,9 лет), которые составили основную группу. Уровень тревоги и депрессии исследовали по анкете госпитальной шкалы тревоги и депрессии, характерологические особенности личности – по тесту СМОЛ. Контрольную группу составили 30 больных ИБС с ХСН без МС (средний возраст 58,3±1,5 лет).

Результаты: Группы не различались по возрасту, длительности ИБС, функциональному классу сердечной недостаточности, который составил в 1 и 2 группе соответственно 2,1±0,1 и 1,9±0,1 ($p>0,05$). Уровень тревоги и депрессии составили в 1 группе соответственно 5,6±0,8 и 3,8±0,6 балла, во 2 группе соответственно 4,9±0,4 ($p>0,05$) балла и 6,38±0,68 ($p<0,05$) балла. Показатели теста СМОЛ в 1 и 2 группе составили соответственно: по шкале «ипохондрии» - 52,6±1,2 и 58,2±1,8 балла ($p<0,05$); «депрессии» - 45,4±1,6 и 58,3±2,0 балла ($p<0,05$) ; «истерии» - 47,7±0,4 и 53,1±1,9 балла ($p<0,05$); «психопатии» - 43,1±1,4 и 52,2±1,7 балла ($p<0,05$); «параноальности» - 52,3±1,9 и 55,6±6,9 балла ($p>0,05$); «психастении» - 47,6±1,9 и 55,7±2,6 балла ($p<0,05$); «шизоидности» - 45,6±1,8 и 51,8±4,2 балла ($p<0,05$); «гипомании» - 48,0±2,2 и 41,7±3,1 балла ($p>0,05$).

Показатели вариабельности ритма в покое исходно у больных ИБС с ХСН и МС и без МС составили соответственно: ЧСС - 65,9±1,2 и 56,1±1,8 уд/мин ($p<0,001$), SDNN - 27,1±1,8 и 34,1±3,6 мс ($p>0,05$); rMSSD - 16,4±1,1 и 22,9±2,6 мс ($p<0,05$); pNN50% - 1,0±0,3 и 5,7±2,1 ($p<0,05$) ; TP - 550,6±62,9 и 1201,6±332,9 мс^2 ($p<0,05$) ; HF – 84,1±12,3 и 145,7±29,6 мс^2; LF – 165,5±20,7 и 277,4±41,8 мс^2 ($p<0,05$); VLF – 300,9±39,9 и 778,5±283,3 мс^2 ($p>0,05$). Вегетативный баланс в покое у 23,5% больных ХСН и МС был отклонен в сторону преобладания парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, у 47,1% - отмечалась эйтония и у 29,4% - преобладала активность симпатической нервной системы, у пациентов с ХСН без МС аналогичные показатели составили соответственно 40,0% ($p>0,05$), 33,3% ($p>0,05$) и 26,7 % ($p>0,05$).

Выводы: больные ИБС с ХСН и МС имеют менее выраженную акцентуацию личности и уровень депрессии, по сравнению с больными ИБС с ХСН без МС.

Вместе с тем, у больных с ХСН и МС, по сравнению с больными без МС, отмечается в покое более высокая частота сердечных сокращений и более низкая вариабельность ритма сердца, особенно в высокочастотной составляющей мощности спектра, что является неблагоприятным прогностическим признаком.

0369 ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ РИСК (ОР) УМЕРЕТЬ ОТ ИНФАРКТА МИОКАРДА МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ЗОН СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Ибрагимова С.С., Хачиров Дж.Г.
ФГУ ВПО «Дагестанская медицинская академия», Махачкала, Россия

Целью исследования была оценка ОР умереть от ИМ мужского населения экологических зон (ЭЗ) сельской местности (с/м) Республики Дагестан (РД).

Методы. В работе использованы врачебные свидетельства о смерти - традиционные источники информации при изучении смертности населения. С учетом природно-антропогенных экологических факторов с/м РД зонирована на следующие ЭЗ: по оси восток-запад – равнина (РЭЗ), предгорье (ПЭЗ) и горы (ГЭЗ), высота над уровнем моря от – 26 до 3000 и больше метров, протяженностью 216 км; по оси север-юг – север (СЭЗ), центр (ЦЭЗ) и юг (ЮЭЗ) на 3-х высотных поясах: равнина, предгорье и горы, протяженностью 420 км. При экологическом зонировании учитывали приоритетные виды хозяйственной деятельности на территориях. В с/м проживает больше 60% взрослого населения РД.

Рассчитан ОР с показателем статистической значимости – отношение смертности от ИМ по конкретной ЭЗ с/м к общереспубликанскому уровню без учета сравниваемой ЭЗ. Если ОР равен «1», то риск умереть на данной территории не отличается от риска на территории сравнения. Соответственно, если ОР больше или меньше «1», то население на данной территории рискует умереть от ИМ в большей или меньшей степени. Полученные показатели ОР ранжировали в убывающей последовательности.

Результаты. Максимальный статистически значимый ОР для мужского населения отмечен на территории гор ЮЭЗ, где проживает 20,6% мужского населения всей с/м; минимальный, также статистически значимый ОР, получен на территории предгорья ЦЭЗ, размах показателей ОР по ЭЗ составил 2,3 раза. Помимо гор ЮЭЗ в группу ЭЗ, занимающих первые 3 ранговые места по ОР, входят север РЭЗ и вся РЭЗ.

Из 12-ти ЭЗ ОР умереть от ИМ по горам ЮЭЗ, РЭЗ и ее северу, всей ЮЭЗ превышает не только общереспубликанский уровень, но и показатель по всей с/м. ОР по горам ЮЭЗ и северу РЭЗ статистически значимо превышает аналогичный показатель по РД соответственно в 1,6 и 1,4 раза. Относительно благополучны по ОР умереть от ИМ для мужского населения ПЭЗ и ЦЭЗ. По всем ЭЗ, за исключением равнины ЮЭЗ, ОР, превышающий или меньше «1», статистически значимый.

Таким образом, горы ЮЭЗ и север РЭЗ являются наиболее неблагополучными территориями по ОР умереть от ИМ мужского населения с/м, что позволяет выделить ЭЗ с/м повышенного риска смерти от ИМ. Полученные данные могут послужить основанием для адресной коррекции, оптимизации кардиологической помощи мужскому населению ЭЗ, в первую очередь, повышенного риска смерти от ИМ. Очевидно, что учитывая уникальные природно-антропогенные характеристики экосистемы с/м РД целесообразно оценить ОР на уровне отдельных административных районов, поскольку существенны колебания уровней смертности по районам даже одной и той же ЭЗ.

0370 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИИ МОНОЧИНКВЕ С КОНКОРОМ У БОЛЬНЫХ ХСН С СОХРАНЕННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ

Иванова Н.В., Отрохова Е.В.
ГОУ ВПО СГМА Росздрава, Смоленск, Россия

Цель: изучить клинико-гемодинамическую эффективность комбинированной терапии изосорбид-5мононитратом (моночинкве) с β-блокатором конкором у больных ХСН с сохраненной систолической функцией (ХСН-ССФ).

Методы: у 29 больных с признаками ХСН I-III ФК NYHA и сохранной (≥40%) ФВ (в среднем 47,6±4,69%) левого желудочка (ЛЖ) исходно и через 3 мес лечения моночинкве (20-40 мг/сут) с конкором (2,5-10 мг/сут) оценивали динамику ФК, клиническое состояние по ШОКС В.Ю.Мареева, качество жизни (КЖ) по Миннесотскому опроснику, дистанцию 6-мин ходьбы, ЭхоКГ-параметры ремоделирования, центральной гемодинамики, тип диастолической дисфункции (ДДФ) ЛЖ по трансмитральному диастолическому (ТМДС) и легочному венозному (ЛВС) спектрам и результатам пробы Вальсальвы.

Результаты: установлено, что эффективность терапии зависела от исходного типа ДДФ. У 15 больных с нарушением релаксации ЛЖ наблюдался отчетливый клинический эффект: уменьшились средний ФК NYHA (с 2±0,65 до 1,78±0,57, p<0,05), количество баллов по ШОКС (с 4,2±1,32 до 3,2±1,28, p<0,05), ЧСС (с 70,8±7,85 до 62,5±12,87 в мин, p<0,05), САД (с 146,6±16,01 до 117±14,71 мм рт.ст., p<0,05) и ДАД (с 88,4±11,8 до 65,2±14,78 мм рт.ст., p<0,05), суммарный индекс КЖ (с 38,5±8,6 до 32,9±8,76, p<0,05); увеличилась дистанция 6-мин ходьбы (с 425±65,0 до 456±51,5 м, p<0,05). Это сопровождалось уменьшением диастолического (ИКДО на 7%, p<0,05), систолического (на 13,3%, p<0,05) объемов и миокардиального стресса ЛЖ (МС на 13,5%, p<0,05), а также ростом ФВ ЛЖ (на 7,5%, p<0,05) и улучшением параметров ТМДС (уменьшение DT на 12,8%, p<0,05 и IVRT на 23,9%, p<0,05) и ЛВС (снижение S/D на 15%, p<0,05).

У 14 больных с более выраженной ДДФ ЛЖ (11 - с псевдонормализацией и 3 - с рестрикцией) значимая положительная динамика наблюдалась только для клинических симптомов (уменьшение количества баллов по ШОКС с 4,9±2,30 до 3,3±1,69, p<0,05) и ЧСС (снижение с 72,5±10,86 до 65,37±9,29 в мин (p<0,05). При этом достоверно выросли ИКДО (на 21,1%, p<0,05) и МС ЛЖ (на 19,2%, p<0,05), что в отсутствие динамики со стороны ФВ могло быть связано как с ее компенсаторным поддержанием (механизм Франка-Старлинга), так и с прогрессированием ремоделирования ЛЖ в прогностически неблагоприятный дезадаптивный тип. Однако уменьшение длительности DT (на 12%, p<0,05) и увеличение S/D (на 34,5%, p<0,05), а также отсутствие уменьшения E/A в ответ на маневр Вальсальвы (обычно отражает демаскировку нарушений релаксации на стадии псевдонормализации за счет снижения преднагрузки) указывали на благоприятное влияние проводимой терапии на диастолическое наполнение.

Выводы: комбинация моночинкве с конкором позитивно влияет на клинико-функциональный статус, структурно-функциональные и гемодинамические параметры ЛЖ, улучшает диастолическое наполнение ЛЖ у больных ХСН-ССФ с исходным нарушением релаксации, а также уменьшает симптомы ХСН и замедляет прогрессирование ремоделирования и диастолических расстройств у больных с исходной псевдонормализацией и рестрикцией.

0371 НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА ПРИ НАЛИЧИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Иванов А.П. Эльгардт И.А.
Кардиологический диспансер, Тверская медицинская академия, Тверь, Россия

Цель: изучение особенностей ИБС, ассоциированной с сахарным диабетом (СД) 2 типа, у женщин разных возрастных групп.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ 30 женщин в возрасте до 60 лет и 30 после 60 лет по наличию и степени выраженности таких факторов как ожирение и артериальная гипертензия (АГ). Степень ожирения оценивали по индексу массы тела (ИМТ).

Результаты. Степень выраженности избытка массы тела при сочетании ИБС и СД 2 типа у женщин разных возрастных групп следующие. До 60 лет: нормальная масса тела – 8,7%, избыточная масса тела – 21,5%, ожирение I степени – 34,3%, ожирение II степени – 20,3%, ожирение III степени – 15,2%; старше 60 лет – соответственно 16,5%, 22,5%, 25,0%, 19,6%, 15,4%. Среди женщин до 60 лет с сочетанием ИБС и СД II типа достоверно чаще встречаются пациенты с ожирением I степени, чем среди больных старше 60 лет. Избыточная масса тела с ИМТ >25 кг/м2, ожирение II и III степени в обеих группах отмечено с одинаковой частотой. Следует отметить, что в группе женщин старше 60 лет число больных с нормальной массой тела вдвое больше, чем до 60 лет. Артериальная гипертензия при сочетании ИБС и СД 2 типа у женщин до 60 лет: II степени – 49,4%, III степени – 50,6%; старше 60 лет – соответственно 39,4%, 60,6%. После 60 лет у пациенток с сочетанием ИБС и СД 2 типа на 10% чаще (60,6%) регистрировалась высокая артериальная гипертензия, чем у женщин до 60 лет (50,6%). Клинические формы ИБС, ассоциированной с СД 2 типа, у женщин до 60 лет: стабильная стенокардия: функционального класса (ФК) I – 20,3%, ФК II – 40,5%, ФК III – 16,5%, ФК IV – 6,3%; постинфарктный кардиосклероз – 26,7%; старше 60 лет – соответственно 4,2%, 45,3%, 35,6%, 5,1%; 26,3%. Следовательно, в возрастной группе до 60 лет достоверно чаще отмечена стабильная стенокардия ФК I, а старше 60 лет – ФК III. Достоверных различий в частоте перенесенного инфаркта миокарда между группами не выявлено. Среди метаболических факторов в среднем возрасте уровень гликемии натощак составляет 9,55±3,88, превалирует сочетание ожирения, артериальной гипертензии II и III степени. В возрасте старше 60 лет уровень гликемии натощак составляет 8,34±3,5, чаще встречается артериальная гипертензия III степени. При этом в старшей возрастной группе при ИБС, ассоциированной с сахарным диабетом II типа, чаще встречаются пациентки с нормальной массой тела и нормальными показателями липидов крови.

Выводы. Таким образом, у женщин разных возрастных групп, страдающих ИБС, ассоциированной с сахарным диабетом 2 типа, менее тяжелое течение хронической ишемической болезни сердца у пациенток до 60 лет, существенных различий по частоте перенесенных острых коронарных событий не выявлено. Вероятно, отсутствие разницы в частоте развития коронарного тромбоза обусловлено отсутствием такого фактора, как курение, у обследованных женщин в группе как до 60 лет, так и после. В структуре ИБС в возрастной группе до 60 лет превалировала стенокардия более меньших функциональных классов, чем после 60 лет.

0372 ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ, СОСТОЯЩИХ В БРАЧНЫХ ОТНОШЕНИЯХ И ПРОЖИВАЮЩИХ В ОДНОЙ ГОРОДСКОЙ КВАРТИРЕ (НЕОРГАНИЗОВАННОЕ НАСЕЛЕНИЕ)

Иванов В.М., Сапельникова В.А., Серикова Е.В., Кукушкин С.К., Константинов В.В., Лельчук И.Н., Капустина А.В.
ФГУ ГНИЦ ПМ, Москва, Россия; 121 поликлиника ЮЗАО, Москва, Россия

Цель – изучить ситуацию с накоплением случаев впервые выявленной артериальной гипертонии (ВВАГ) среди взрослого населения, состоящих в брачных отношениях и проживающих в одной городской квартире.

Методы. Информация единого регистра застрахованных проанализирована с учётом проживающих в одной городской квартире физических лиц.1 этап- систематизация данных КДК;2ой-исключены случаи «дублирования» заболеваний у одного лица с ВВАГ;3-ем- повторная сверка по месту проживания и семейного положения. Отмечено 16,5% квартир, в которых имелись случаи ВВАГ, в том числе, в 23,1% среди состоящих в браке (полные семьи), и 76,9% лиц, находящихся в родственных отношениях(неполные семьи). Для уточнения ситуации дополнительно проанализированы амбулаторные карты 230 человек за три года, что позволило создать на них отдельную базу данных (БД).Дополнительно были учтены также все случаи стойкой утраты трудоспособности.

Результаты. Анализ БД по терапевтическим участкам показал, что в среднем на терапевтическом участке имеется 9% (se±2,5) квартир с ВВАГ с колебанием от 6 до 17% по терапевтическим участкам. Показатель «дублирования» отсутствует, что свидетельствует о высокой надежности используемых технологий. Распределение семейных пар по возрасту: до 50 лет -11%,старше 50 лет-89%. ВВАГ с кодом I11.9 отмечено 87,14% случаев; с кодами I 10-3,14%; I 11.0 –1,62% и I 12.9 -8,05 %.Среди родственников, проживающих в квартирах с семейными парами (полные семьи) лиц в возрасте до 29лет-2,2%; 30-39лет-52,3%; 40-49лет-33,3%; 50-59 лет 8,2–%; 60-64 лет-4%. Представленный материал, во многом, дополняет существующие эпидемиологические и статистические данные, характеризующие состояние здоровья популяции. Вместе с тем, используемая методика лучшее средство для составления кратковременного прогноза по усилиям медицинского персонала при проведении профилактических мероприятий среди отдельных групп населения. В настоящее время продолжается работа по накоплению и уточнению объема и специфики медицинской помощи представителями выборки.

Разработка и применение уточненных показателей состояния здоровья населения будет способствовать адекватному ресурсному обеспечению ЛПУ.

0373 АТЕРОСКЛЕРОЗ И ГЕСТОЗ: ОБЩНОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА И НЕКОТОРЫХ ЗВЕНЬЕВ ПАТОГЕНЕЗА

Игитова М.Б., Воробьева Е.Н., Осипова И.В.
ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Росздрава, Барнаул, Россия

Многочисленными исследованиями установлено, что высокоинформативным предиктором развития атеросклеротических осложнений (острого инфаркта миокарда, инсульта) служит маркер неспецифического внутрисосудистого воспаления – С-реактивный белок (СРБ, CRP), определяемый методом высокочувствительного анализа (hsCRP), при этом подчеркивается, что чем выше его содержание в плазме крови, тем больше вероятность сердечно-сосудистой катастрофы.

В то же время отчетливо прослеживается общность клинических факторов риска атеросклероза и наиболее тяжелого акушерского осложнения – гестоза второй половины беременности (преэклампсии). Высказывается предположение, что в основе этих, на первый взгляд, различных процессов, может лежать единый патогенетический механизм. Однако клиническое течение гестоза более острое, в то время как атеросклероз является хроническим заболеванием, прогрессирующим в течение длительного времени.

С целью определения роли неспецифического воспаления в патогенезе гестоза второй половины беременности проведено исследование концентрации hsCRP в сыворотке крови методом иммунотурбидиметрии с использованием стандартных наборов реактивов производства Dia-Sys (Германия) у 43 беременных в возрасте от 20 до 38 лет, 29 из которых имели неосложненное течение беременности. У 14 пациенток в конце II или в III триместре беременность осложнилась гестозом, в том числе у 5 из них наблюдалась полная классическая триада симптомов (отеки, артериальная гипертензия и альбуминурия). Группу контроля составили 15 соматически здоровых небеременных женщин в возрасте 20-32 лет. Условием для проведения обследования являлось отсутствие активных очагов инфекции. У большинства обследованных женщин (92,9%) гестоз развился на фоне экстрагенитальных заболеваний, наиболее частыми из которых были ожирение и гипертоническая болезнь, что подтверждает устойчивый взгляд на гестоз, как осложнение, возникающее на неблагоприятном соматическом фоне. В группе женщин с физиологическим течением беременности также выяв-

лена высокая соматическая отягощенность (75,9%), но в структуре заболеваний преобладала нейроциркуляторная дистония. При физиологическом течении III триместра беременности концентрация hsCRP в сыворотке крови существенно превышала показатель у женщин группы контроля (1,17±0,35 мг/л) и составила 6,19±0,43 мг/л ($p<0,01$). У беременных с гестозами зарегистрирована еще более высокая экспрессия белка – 9,34±0,64 мг/л ($p<0,05$), что свидетельствует об участии процессов неспецифического воспаления в патогенезе данного осложнения.

Полученные результаты позволяют сделать вывод, что даже при физиологическом течении беременности в организме женщины прослеживается наличие элементов системной воспалительной реакции, однако гестоз второй половины беременности развивается на фоне более выраженных процессов неспецифического воспаления в организме, что может свидетельствовать о несостоятельности систем, регулирующих воспалительный ответ и необходимо для адекватной профилактики и коррекции гестационных осложнений.

0374 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ «СУХИХ» УГЛЕКИСЛЫХ ВАНН У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА: ДИНАМИКА ИНДЕКСА ВРЕМЕНИ ГИПЕРТЕНЗИ И ИНДЕКСА ГИПОТОНИИ

Игнатов С.В.
Филиал ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия; ГУ ХМАО «Ханты-Мансийская клиническая больница восстановительного лечения», Ханты-Мансийск, Россия

Цель: оценить эффективность «сухих» углекислых ванн (СУВ) у больных, перенесших острый инфаркт миокарда, влияние СУВ на индекс времени гипертензии и индекс гипотонии.

Материалы и методы: проведено сравнительное исследование в двух группах, состоящих из 33 мужчин в возрасте 40-59 лет, перенесших острый инфаркт миокарда давностью не менее 1 месяца. В 1 группе состоит 17 пациентов, которым проводилась базисная медикаментозная терапия (стандартное медикаментозное лечение с учетом показаний и противопоказаний: нитраты длительного действия, β-блокаторы, ингибиторы АПФ, аспирин, статины), ЛФК, а также были назначены СУВ по следующей методике: скорость подачи углекислого газа 15 д/мин., температура 30-320, продолжительностью 20 мин. Курс лечения включает 10 ежедневных процедур. 2 (контрольную) группу составляют 16 больных, которым наряду с медикаментозной терапией, ЛФК, дозированной ходьбой будет назначена имитация СУВ. Курс лечения включает 10 ежедневных процедур. Для оценки эффективности, в начале курсового лечения и по окончании курса СУВ, пациентам проводилось суточное мониторирование артериального давления с анализом суточного профиля АД.

Результаты: при сравнительном анализе результатов суточного мониторирования артериального давления, установлено следующее:

в 1 группе в дневные часы отмечается увеличение индекса времени гипертензии (ИВГ) на 72,2% за счёт систолического артериального давления (САД) и на 55,8% за счёт диастолического артериального давления (ДАД), также отмечается снижение индекса гипотонии (ИГ) в дневные часы на 47,9% за счёт САД и на 48,25% счёт ДАД; в ночные часы отмечается снижение ИВГ на 81,5% за счёт САД и на 54,9% за счёт ДАД, также отмечалось ИГ в ночные часы на 63,47% за счёт САД и на 46,51% счёт ДАД.

Во 2 группе в дневные часы отмечается увеличение ИВГ на 140,54% за счёт САД и на 20,24% за счёт ДАД, также отмечается повышение ИГ в дневные часы на 23,0% за счёт САД и на 81,55% счёт ДАД; в ночные часы также отмечается повышение ИВГ на 44,7% за счёт САД и на 39,5% за счёт ДАД, увеличение ИГ на 56,08% за счёт САД и снижение на 39% счёт ДАД

Заключение: согласно полученным результатам можно сделать выводы об эффективности применения СУВ в фазе восстановительного лечения у мужчин, перенесших инфаркт миокарда, происходит снижение индекса гипотонии в течение суток снижения индекса времени гипертензии ночью. Также следует отметить, что применение СУВ приводит к гораздо меньшему повышению индексов времени гипертензии САД в дневные часы.

0375 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ «СУХИХ» УГЛЕКИСЛЫХ ВАНН У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА: ДИНАМИКА СТЕПЕНИ НОЧНОГО СНИЖЕНИЯ И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Игнатов С.В.
Филиал ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель: оценить эффективность «сухих» углекислых ванн (СУВ) у больных, перенесших острый инфаркт миокарда, влияние СУВ на степень ночного снижения и вариабельность артериального давления.

Материалы и методы: проведено сравнительное исследование в двух группах, состоящих из 33 мужчин в возрасте 40-59 лет, перенесших острый инфаркт миокарда давностью не менее 1 месяца. В 1 группе состоит 17 пациентов, которым проводилась базисная медикаментозная терапия (стандартное медикаментозное лечение с учетом показаний и противопоказаний: нитраты длительного действия, β-блокаторы, ингибиторы АПФ, аспирин, статины), ЛФК, а также были назначены СУВ по следующей методике: скорость подачи углекислого газа 15 д/мин., температура 30-32°, продолжительностью 20 мин. Курс лечения включает 10 ежедневных процедур. 2 группу составляют 16 больных, которым наряду с медикаментозной терапией, ЛФК, дозированной ходьбой будет назначена имитация СУВ. Курс лечения включает 10 ежедневных процедур. Для оценки эффективности, в начале курсового лечения и по окончании курса СУВ, пациентам проводилось суточное мониторирование артериального давления с анализом суточного профиля АД.

Результаты: при сравнительном анализе результатов суточного мониторирования артериального давления, установлено следующее:

- в 1 группе степень ночного снижения (СНС) систолического артериального давления (САД) увеличилась на 52,57%, и перешла из категории Non-Dipper, в категорию Dipper, прирост СНС диастолического артериального давления (ДАД) составил 34,29%. Напротив во 2 группе СНС уменьшилась на 7,6% для САД и на 5,1% для ДАД, и у части пациентов СНС перешла из категории Dipper в категорию Non-Dipper.

- Вариабельность артериального давления как в 1, так и во 2 группах до и после СУВ находилась в пределах нормы, но в 1 группе отмечается тенденция к снижению вариабельности САД на 2,8% и 15,01% в дневные и ночные часы соответственно и снижению вариабельности ДАД в ночные часы на 9,4%. В дневные часы прирост вариабельности ДАД составил 0,86%. В то время как во 2 группе также отмечалось снижение вариабельности САД днём на 35,45%, но прирост вариабельности ДАД в дневные часы составил 11,56%, в ночные часы 1,7%, а прирост вариабельности САД в ночные часы 9,2%.

Заключение: согласно полученным результатам можно сделать выводы об эффективности применения СУВ в фазе восстановительного лечения у мужчин, перенесших инфаркт миокарда. У этих пациентов происходит нормализация степени ночного снижения артериального давления, снижается ночная вариабельность САД и ДАД, также нельзя не отметить сравнительно меньшее увеличение дневной вариабельности ДАД.

0376 ВЛИЯНИЕ МАССЫ ТЕЛА НА ЧАСТОТУ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОСТЕОПОРОЗА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Изможерова Н.В., Попов А.А., Тагильцева Н.В., Гаврилова Е.И., Козулина Е.В., Нужина А.В., Гетманова Н.А.
ГОУ ВПО УГМА Росздрава, Екатеринбург, Россия

Цель: Оценить частоту сердечно-сосудистых заболеваний, остеопороза и качество жизни женщин в климактерическом периоде в зависимости от массы тела.

Методы: В исследование «случай-контроль» включены 116 женщин в постменопаузе, имеющие ИМТ > 30 кг/м^2, 116 женщин с ИМТ >25< 30 кг/м^2, 116 женщин с ИМТ < 25 кг/м^2. Медиана возраста во всех группах составила 56 лет. Качество жизни оценивалось с помощью с помощью вопросника «SF-36». Тяжесть климактерического синдрома оценивали в баллах модифицированного менопаузального индекса (ММИ). Диагностика артериальной гипертензии (АГ), стабильной стенокардии, хронической сердечной недостаточности (ХСН) проводилась согласно Российским рекомендациям последних пересмотров. Диагностика состояния МПК лучевой кости проводилась с помощью рентгеновской абсорбциометрии на аппарате "DTX 200". Оценку МПК проводили согласно рекомендациям ВОЗ. Остеопенический синдром диагностировали при значениях МПК дистального отдела предплечья, соответствующих остеопении (Т-критерий от -1,0 до -2,5 стандартных отклонений) или остеопорозу (Т-критерий менее -2,5 стандартных отклонений). Статистическую обработку проводили с помощью пакета «Statistica for Windows 5.0» (Statsoft Inc.).

Результаты: Группы не различались по тяжести климактерических расстройств, за исключением обменно-эндокринных, показатель ММИ также зависел от массы тела и был наиболее высоким в группе женщин с ожирением. Выявлены различия по шкале функционирования (P=0,003). Женщины, с ожирением имели наиболее выраженные ограничения. Выявлены ограничения по шкале боли, также характерные для женщин с ожирением (P=0,005). По шкалам ролевого эмоционального и ролевого физического функционирования различий в зависимости от массы тела не выявлено. Общая оценка здоровья имела тенденцию к ухудшению у женщин с ожирением (P=0,082). По шкалам жизнеспособности и социального функционирования наибольшие ограничения зафиксированы у женщин с ожирением и нормальной массой тела (P=0,023 и P=0,001). Таким образом, качество жизни женщин меняется в зависимости от массы тела. Развитие ожирения существенно ухудшает качество жизни пациенток в климактерии.

Женщины с ожирением значимо чаще имели клинические проявления АГ (χ^2=28,54, p<0,001), ИБС (χ^2=12,08, p=0,002), ХСН (χ^2=30,93, p<0,001), у них чаще развивались инфаркты миокарда и инсульты (χ^2=11,55, p=0,003), расстройства углеводного обмена (χ^2=23,20, p<0,001). Напротив, женщины с нормальной массой тела чаще имели остеопороз (χ^2=12,66, p=0,002), наличие которого также может оказывать влияние на качество жизни женщин.

Выводы: выявлено значимое влияние массы тела на качество жизни женщин в климактерии. Наличие ожирения ассоциируется с увеличением частоты сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых катастроф. Программы снижения массы тела должны оценивать не только интенсивность коррекции данного фактора, но и оказывать положительное влияние на качество жизни.

0377 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БИОЦИДНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ И ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМОЙ ВАЗОРЕАКТИВНОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Ильин М.В., Хрусталев А.О., Романов В.А., Коршунов Н.И.
Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Цель: Установить наличие взаимосвязи сосудистой реактивности периферических артерий с уровнем экспрессии факторов окислительного стресса, продуцируемых нейтрофильными гранулоцитами, у больных ревматической болезнью сердца (РБС).

Методы: Обследован 81 больной хронической ревматической болезнью сердца, осложненной развитием пороков клапанного аппарата, в том числе 16 пациентов с недостаточностью митрального клапана, 33 пациента с митральным стенозом, 19 больных с аортальной недостаточностью и 13 больных аортальным пороком сердца с преобладанием стеноза. Контрольную группу составили 25 относительно здоровых добровольцев. Выделение нейтрофилов периферической крови проводили на двойном градиенте плотности фиколла-урографина. Функциональное состояние нейтрофилов исследовали хемилюминесцентным методом. Для усиления хемилюминесценции использовали люминол, потенцирующий хемилюминесценцию перекиси водорода, супероксидного радикала, гидроксил аниона, аниона гипохлорной кислоты и нитроксильного радикала (сХЛлл, имп/мин), и люцигенин, который является селективным индикатором супероксидного анионрадикала (сХЛлн, имп/мин). Эндотелийзависимая функция эндотелия изучалась с помощью холодовой пробы, объектом исследования являлась сонная артерия, использовался линейный датчик 5-7,5 MHz. Рассчитывались показатели напряжения сдвига на эндотелии (τ, дин/см^2), изменения напряжения сдвига на эндотелии (dτ), оценивалась чувствительность эндотелия сосудов к напряжению сдвига (K).

Результаты: Анализ показателей функциональной активности клеток продемонстрировал статистически значимое увеличение производства нейтрофилами супероксидного анионрадикала, по данным сХЛлн, у больных РБС в сравнении с контрольной группой - 1,1 (0,65; 2,15) >0,7 (0,35; 1,3), p=0,009. Данный феномен наблюдался вне зависимости от характера порока сердца, пола и возраста пациентов. Состояние сосудодвигательной функции эндотелия оказалось нарушено при наличии хронической ревматической болезни сердца. Отмечено статистически значимое снижение напряжения сдвига на эндотелии в группе больных РБС по сравнению с соответствующим показателем группы контроля – 12,8 (9,6; 15,0) <15,7 (10,9; 17,4), p=0,042. Проведенный корреляционный анализ выявил наличие умеренной прямой взаимозависимости между показателем синтеза активных метаболитов кислорода нейтрофилами (сХЛлл) и коэффициентом чувствительности эндотелия сосудов к напряжению сдвига (Rs=0,51, p=0,04).

Выводы: Развитие хронической ревматической болезни сердца сопровождается увеличением кислородзависимого метаболизма нейтрофилов и гиперэкспрессией факторов окислительного стресса, в частности, супероксидного анионрадикала. Нарушение эндотелийзависимой вазореактивности при РБС выражается в снижении чувствительности эндотелия к напряжению сдвига и коррелирует с усилением процессов синтеза нейтрофилами активных форм кислорода, что может быть использовано в терапевтических целях для коррекции нарушенной функции эндотелия.

0378 ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ

Ильямакова Н.А., Горбунов В.В.
Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Нейроциркуляторная дистония (НЦД) является одним из распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы у лиц молодого возраста. Целью нашего исследования явилось изучить вариабельность ритма сердца (ВРС) и эндотелиальную функцию у больных НЦД. Обследовано 70 мужчин в возрасте 25±2,5 лет. Всем проведено анкетирование по Вейну. Суточное мониторирование проводилось посредством кардиомонитора Astrocard® Holter system – 2F, определение циркулирующего эндотелия по методу Hladovik. Выявлено, что у 53% больных НЦД повышалось содержание десквамированных эндотелиоцитов. При обследовании у этих больных не выявлялось достоверного изменения ВРС. Однако при анализе пациентов с НЦД , имеющих эндотелиальную дисфункцию, некоторые показатели ВРС

(SDANN, pNN50) достоверно снижались по сравнению как с контролем, так и с больными НЦД без эндотелиальной дисфункции . Таким образом при НЦД более, чем у половины больных имеется эндотелиальная дисфункция, которая сопровождается снижением ВРС.

0379 СТРАТИФИКАЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА У СТУДЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Исаева И. В., Колбасников С. В.
ГОУ ВПО Тверская государственная медицинская академия Росздрава, Тверь, Россия

В настоящее время артериальная гипертензия (АГ) нередко встречается среди студентов, однако взаимосвязь уровня артериального давления(АД) и факторов риска у лиц молодого возраста недостаточно изучена

Цель работы. Изучить стратификацию факторов риска АГ у студентов в зависимости от уровня АД.

Методы исследования. Обследовано 64 (32 мужчины и 32 женщины) студента с АГ в возрасте от 18 до 30 лет. Согласно классификации ВНОК (2004г), АГ Iстадии регистрировалась у 36 (56,2%), АГ IIстадии – у 28 (43,8%) больных. В зависимости от уровня АД пациенты были разделены на 3 группы: I-ю составили 36(56,2%) пациентов с АГ I степени (АД 147±7,1/90±6,9 мм рт.ст.); II-ю- 18 (28,1%) с АГ II (АД 161±10,4/87±8,7 мм рт.ст.); III-ю- 10 (15,6%) больных с АГ III степени (АД 184±4,8/94±14,3 мм рт.ст.). Для выявления факторов риска применялась « Карта динамического наблюдения за больными АГ», (2003г),а для оценки выраженности ожирения использовался индекс Кетле (ИК). Все пациенты на момент обследования не получали гипотензивную терапию.

Результаты. Среди больных I группы курение встречалось у 16 (44,4%) человек; избыточный приём с пищей поваренной соли- у 20 (55,6%); гиподинамия- у 24 (66,7%); повышенная эмоциональная напряжённость- у 22 (61,1%); наследственная отягощённость- у 36 (100%) пациентов. В этой группе у всех обследуемых имелась нормальная масса тела (ИК-21,4±1,4кг/м2); уровень холестерина плазмы крови составил 4,2±0,2ммоль/л. При анализе степени риска оказалось, что низкая степень развития сердечно-сосудистых осложнений была у 72% обследуемых, средняя- у 16,7% и высокая- у 11,1% больных. У пациентов II группы имеется нарастание удельного веса таких факторов риска как курение- у 10 (55,5%) человек; пристрастие к солёной пище – у 12 (66,7%); гиподинамия- у 13 (72,2%); повышенная напряжённость нервно-психической сферы- у 14 (77,8%); избыточная масса тела (ИК- 25,1±0,6 кг/м2) и наследственная отягощённость имелись также у 100% обследуемых. Уровень холестерина плазмы крови составил 4,6±1,6ммоль/л. В структуре поражения органов-мишеней на первом месте оказалось изменение сосудов глазного дна в виде I стадии гипертонической ретинопатии (55,6%), на втором- поражение сердца в виде гипертрофии миокарда левого желудочка (46%). Низкий риск развития сердечно-сосудистых осложнений не выявлялся, а имелся средний-в 44,4% и высокий- в 55,6%. У больных III группы, частота модифицированных факторов риска была максимальной. У 80% имелась избыточная масса тела (ИК- 25,2±0,5кг/м2), у 20% - ожирение (ИК- 31,2±0,5кг/ м2). Курение выявлялось у 6 (60%) пациентов; гиподинамия- у 7 (70%); избыточное потребление поваренной соли - у 7 (70%); повышенная нервно-психическая возбудимость- у 8 (80%); наследственная отягощённость- у 99,9%; гиперхо млестеринемия (5,4±1,5ммоль/л) -у 3 (30%) исследуемых. Из поражения органов-мишеней наиболее часто выявлялась гипертрофия миокарда левого желудочка (100%); а также ангиопатия сосудов сетчатки IIстепени (99,95%). У всех больных определялся высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

Вывод. Таким образом, у студентов по мере прогрессирования АГ от I к IIIстепени нарастает плотность поведенческих факторов риска, а также частота высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений, что необходимо учитывать при составлении индивидуальных программ лечебно-профилактических мероприятий.

0380 ЭФФЕКТЫ КРАТКОСРОЧНОЙ ТЕРАПИИ ПИОГЛИТАЗОНОМ НА МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Исикова Х.В., Виллевальде С.В., Гудгалис Н.И., Котовская Ю.В., Кобалава Ж.Д.
Российский Университет Дружбы Народов, Москва, Россия

Цель: Тиазолидиндионы (ТЗД) повышают чувствительность периферических тканей к инсулину. Развитие сахарного диабета 2 типа (СД2т) и его осложнений связано с гиперинсулинемией, инсулинорезистентностью периферических тканей, нарушением воспалительного статуса. Цель исследования - изучить динамику (Δ) маркеров воспаления на фоне краткосрочной терапии ТЗД у пациентов СД2т.

Методы: 54 пациента СД2т (34 мужчины, 56,5±1,1 лет (M±m), ИМТ 31,1±0,9 кг/м2, длительность СД2т 2,4±0,4 года, фруктозамин 289,2±6,7 мкмоль/л) в течение 28 дней принимали пиоглитазон 30 мг. 71,4% больных получали антигипертензивную терапию, неизменную на протяжении всего периода. Для выявления различий параметров в динамике использовался критерий Вилкоксона.

Результаты: На фоне приема пиоглитазона наблюдалось снижение гликемии натощак (с 9,57±0,24 до 8,67±0,40 ммоль/л; $p<0,01$), инсулина натощак (с 112,2±9,9 до 57,5±5,0 пкмоль/л; $p<0,01$), индекса инсулинорезистентности HOMAIR (с 6,44±0,54 до 3,47±0,38; $p<0,001$), ТГ (с 2,29±0,19 до 1,80±0,13 ммоль/л; $p<0,001$), мочевой кислоты (с 321,0±10,9 до 269,8±9,3 мкмоль/л; $p<0,001$) и увеличение ЛВП (с 1,21±0,04 до 1,25±0,05 ммоль/л; $p<0,05$), Ад (с 5,94±0,43 до 10,41±1,08 мкг/мл; $p<0,001$). Установлена отрицательная связь Δ ЛВП с исходным уровнем инсулина ($r=-0,61$ $p=0,02$), ИР ($r=-0,70$ $p=0,008$), положительная связь Δ мочевой кислоты с исходным уровнем ФНО-α ($r=0,76$ $p=0,03$). Выявлена отрицательная связь Δ адипонектина с исходным количеством лейкоцитов ($r=-0,69$ $p=0,03$) и нейтрофилов ($r=-0,57$ $p=0,05$). По результатам множественного регрессионного анализа независимыми детерминантами повышения уровня адипонектина явились Δ инсулина ($\beta=-0,44$; $p<0,01$), Δ ИЛ-6 ($\beta=-0,27$; $p<0,01$) и Δ ЛВП ($\beta=0,25$; $p<0,05$).

Заключение: Краткосрочная терапия пиоглитазоном у больных СД2т снижает гликемию, благоприятно влияет на липидный спектр, повышает уровень Ад, цитокина с инсулинсенситизирующими, антиатерогенными и противовоспалительными свойствами. Повышение Ад независимо связано со снижением инсулина, ИЛ-6, повышением ЛВП.

0381 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА СВЯЗАНО С ВОСПАЛЕНИЕМ И ОКИСЛИТЕЛЬНЫМ СТРЕССОМ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Исикова Х.В., Гудгалис Н.И., Виллевальде С.В., Шаварова Е.К., Кобалава Ж.Д.
Российский Университет Дружбы Народов, Москва, Россия

Цель: Сахарный диабет 2 типа (СД2т) характеризуется нарушением функции микроциркуляторного русла (МЦР). Изменения воспалительного и окислительного статуса играют роль в развитии СД2т и его осложнений. Цель исследования – изучить связь между особенностями микроциркуляции, маркерами воспалительного и окислительного статусов у пациентов нелеченным СД2т.

Методы: У 84 пациентов СД2т проводили определение функции микрососудистого русла, маркеров воспалительного и окислительного статусов (60 мужчин, 59,0±0,8 лет, ИМТ 30,4±0,4 кг/м2, длительность СД2т 2,6±0,2 года, уровень гликемии натощак 9,7±0,2 ммоль/л, АД 139,4±1,2/77,7±1,2 мм рт.ст.). Микроциркуляция определялась методом лазерной допплеровс-

кой флоуметрии (ЛДФ). По уровню показателя микроциркуляции и резервного капиллярного кровотока (РКК) выделялись 4 гемодинамических типа микроциркуляции (ГТМ): номоциркуляторный тип (НГТМ), гиперемический тип (ГГТМ), спастический (СГТМ) и застойно-стазический типы (ЗСГТМ). Данные приведены в виде M±m, где M – среднее значение, m – стандартная ошибка среднего значения. Для выявления связи между параметрами использовался корреляционный анализ по Спирману.

Результаты: Уровень маалонового диальдегида (МДА) 40,9±1,5 мкмоль/л, SH группы – 298,8±8,8 мкмоль/л, ФНО-альфа – 1,52±0,08 нг/л, ИЛ-6 – 2,24±0,21 нг/л, адипонектин (Ад) 4,2±0,2 мкг/мл. У 26,2% выявлен НГТМ, 27,4% - ГГТМ, 15,5% - СГТМ и 30,9% ЗСГТМ. У пациентов с ГГТМ выявлена связь РКК с МДА (r=0,74; p<0,05), Ад (r=-0,63; p<0,05) и ИЛ-6 (r=-0,54; p<0,05). У пациентов с СГТМ РКК связан с уровнем ФНО-альфа (r=0,89; p<0,05). У пациентов с НГТМ и ЗСГТМ корреляционных связей с показателями воспалительного и окислительного статусов выявлено не было.

Заключение: ЗСГТМ – наиболее часто встречаемый тип нарушения микроциркуляции у пациентов нелеченным СД2т.

0382 ПРЕОБЛАДАНИЕ ГИПЕРЕМИЧЕСКОГО ТИПА МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ С НЕЛЕЧЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Исикова Х.В., Воробьева М.А., Троицкая Е.А., Цапиева Е.О., Кобалава Ж.Д.
Российский Университет Дружбы Народов, Москва, Россия

Цель: Нарушения микроциркуляции являются важным патофизиологическим механизмом развития сахарного диабета 2 типа (СД2). Цель исследования - оценить состояние микроциркуляторного русла (МЦР) у пациентов с нелеченным СД2 и изучить взаимосвязь с основными факторами риска.

Методы: У 40 пациентов СД2 (16 женщин, возраст 57,6±1,0 лет (M±m), длительность СД2 3,3±0,4 года, курили 28%, ИМТ 31,7±0,7 кг/м^2, АД 131,5±1,9/80,5±1,2 мм рт.ст., гликемия натощак 9,1±0,2 ммоль/л, HbA1c 7,8±0,1 %, общий холестерин (ОХ) 5,5±0,2 ммоль/л, ЛНП 3,4±0,1 ммоль/л, ЛВП 1,2±0,1 ммоль/л, триглицериды (ТГ) 2,3±0,2 ммоль/л) микроциркуляцию оценивали методом лазерной допплеровской флоуметрии с проведением функциональных проб. При дыхательной пробе определяли степень снижения кровотока на вдохе (ДП). По показателю микроциркуляции (ПМ) и резервного капиллярного кровотока (РКК) выделяли 4 гемодинамических типа микроциркуляции: номоциркуляторный, гиперемический, спастический и застойно-стазический. Для выявления связи между параметрами использовался корреляционный анализ по Спирману.

Результаты: Выявлена прямая связь ПМ с ОХ (r=0,35; p<0,04), ТГ (r=0,36; p=0,03), HbA1c (r=0,35; p=0,04). У пациентов, получающих ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, аспирин по сравнению с пациентами, не получающими терапию данными препаратами, обнаружены меньшие значения ПМ (9,2±0,8 vs 11,7±1,0 перф.ед., p<0,05; 6,6±1,1 vs 10,8±0,7 перф.ед., p<0,04; 7,4±0,7 vs 11,3±0,8 перф.ед., p<0,01, соответственно). Обнаружена отрицательная связь ДП с гликемией натощак (r=-0,48; p<0,003), показателем инсулинорезистентности (HOMAIR) (r=-0,44; p<0,01). У пациентов с ожирением выявлены более высокие значения ДП, чем у больных без ожирения (40,3±3,7 vs 26,0±5,5 %, p<0,03). У пациентов с ожирением по сравнению с пациентами без ожирения обнаружены меньшие значения РКК (185±13 vs 285±44%, p=0,02). Выявлены меньшие значения РКК у больных, получающих терапию аспирином по сравнению с больными без терапии аспирином (5,6±0,7 vs 8,5±0,8%, p=0,04), у пациентов без ДЛП по сравнению с пациентами с ДЛП (4,3±0,6 vs 8,1±1,2%, p<0,04). Гиперемический тип выявлен у 47,5% пациентов, нормоциркуляторный – у 25%, спастический – у 17,5%, застойно-стазический – у 10%. У пациентов с гиперемическим типом микроциркуляции по сравнению с пациентами, имеющими спастический тип, выявлена меньшая длительность СД (2,9±0,4 vs 5,0±1,4 лет, p<0,05), а по сравнению с пациентами, имеющими нормоциркуляторный тип – меньшая длительность АГ (5,1±1,3 vs 13,8±4,8 лет, p<0,02).

Выводы: У пациентов с нелеченным СД2 преобладает гиперемический тип микроциркуляции. Выявлена связь основных параметров микроциркуляции с показателями липидного и углеводного обмена.

0383 ХИРУРГИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ МИОКАРДА

Ишенин Ю.М., Рамазанов М.М., Тверсков С.В., Шкалин А.И., Мутаев М.А.
КХЦНФ МУЗ «ЗЦРБ», Зеленодольск, Россия; ВСНЦ СО РАМН, Иркутск, Россия

Осложненные ишемические синдромы миокарда (ОИСМ) – это ишемический комплекс сердца, осложненный отягчающей сопутствующей патологией, не позволяющий выполнить официальную технологию (АКШ, ангиопластику, стентиррование, трансплантацию сердца и др.).

Цель исследования: изучить в отдаленном периоде эффективность корригирующей технологии в виде механического туннелирования на клинических моделях ОИСМ.

Методы исследования: ОИСМ были представлены в виде ИБС в сочетании с поливалентной лекарственной идиосинкразией, дилатационной кардиомиопатии на фоне этаноловой зависимости, ИБС в ракурсе восьмикратного вмешательства, ИБС на фоне онкологического процесса пожилого возраста. Мужчин было 3, женщина 1. Возраст больных от 56 до 71 года. Срок наблюдения от 1 до 4 лет. Диагностический алгоритм и статобработка стандартные.

Полученные результаты: при хирургической коррекции пациента с ИБС с лекарственной идиосинкразией удалось купировать стенокардитический синдром без развития лекарственной анафилактической реакции, что вряд ли удалось добиться в условиях ИК. У больного с ДКМП выполнена нормативирующая резекция левого желудочка в сочетании с двойным туннелированием и введением аутологичных мононуклеарных клеток костного мозга. Это привело к увеличению фракции выброса левого желудочка на 20% и остановило прогрессирование сердечной недостаточности.

Третьему больному с полихирургическим состоянием, на фоне перенесенных ангиопластических процедур, АКШ, лазерной реваскуляризации произведено восьмое по счету оперативное вмешательство в виде туннелирования и имплантации аутологичных мононуклеарных клеток костного мозга, заимствованных из стернотомной зоны. Отметим, что стернотомия не привела к деструкции костного мозга через 4 года после АКШ. Четвертая пациентка была оперирована на фоне перенесенного в анамнезе оперативного вмешательства в виде двухсторонней мастэктомии по поводу онкологического заболевания. Хирургическая коррекция привела к купированию нестабильной стенокардии и не вызвала рецидива онкологического процесса. Естественный геронтологический статус не был нарушен и это привело к значительной активизации соматических резервов.

Выводы: операция механического туннелирования - малоинвазивная закрытая технология, позволяющая успешно корригировать осложненные ишемические синдромы миокарда и должна найти широкое применение в кардиохирургии.

0384 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ И ЛИПИДНЫЕ СДВИГИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ишманова А.Р., Закирова А.Н., Карамова И.М., Янбаева С.М., Яруллина Г.К.
ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия; Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

Цель: оценить функциональное состояние эндотелия и проявления метаболического синдрома (МС) у женщин с артериальной гипертензией (АГ) в менопаузе.

Материалы и методы: в исследование включены 50 женщин с АГ и МС, в возрасте 54,2±3,8 лет, длительность менопаузы составила от 1 года до 8 лет.

В контрольную группу вошли 25 женщин в менопаузе с артериальной гипертензией без метаболического синдрома.

Всем пациенткам проводилась антропометрия, исследование липидного спектра, стандартный глюкозотолерантный тест (ГТТ).

Сосудодвигательную функцию эндотелия оценивали ультразвуковым неинвазивным методом путем измерения диаметра плечевой артерии в покое и во время пробы с реактивной гиперемией, а также по уровню продукции метаболитов оксида азота.

Результаты: среди включенных в исследование женщин 87% пациенток имели 3 и более признаков метаболического синдрома: ожирение (ИМТ>=30 кг/м^2) с преобладанием абдоминального жира (окружность талии более 88 см), гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, патологический ГТТ или сахарный диабет 2 тип. У всех женщин, вошедших в исследование, была АГ 1-2 степени.

Установлено, что средняя масса тела составила 98±6,4кг, ИМТ 37,2±7 кг/м^2, длительность ожирения 10 лет. Гиперхолестеринемия была выявлена у 92% женщин, гипертриглицеридемия у 54% , патологический ГТТ у 14 человек, сахарный диабет 2 типа у 24 женщин с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом в менопаузе.

При проведении пробы с реактивной гиперемией прирост диаметра плечевой артерии у женщин в менопаузе с МС оказался в 1,9 раз меньше по сравнению с контрольной группой.

Уровень суммарной продукции оксида азота у женщин с МС был в 2,1 раза ниже, чем в группе контроля.

Выводы: У женщин в менопаузе с артериальной гипертензией и МС выявлено снижение эндотелийзависимой вазодилатации и уменьшение продукции оксида азота эндотелием сосудов, установлены существенные изменения в липидном и углеводном спектре. Выявленные проявления эндотелиальной дисфункции и наличие метаболических нарушений у данной категории больных, способствуют быстрому прогрессированию атеросклероза в этих пациентов.

0385 ОЦЕНКА ГИПОТЕНЗИВНОГО ЭФФЕКТА И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА АМПРИЛАН (РАМИПРИЛ) В ДОЗЕ 5-10 МГ/СУТ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ишманова А.Р., Закирова А.Н., Николаева И.Е., Янбаева С.М., Берг А.Г., Яруллина Г.К.
ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия; Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

Цель: Оценить гипотензивный эффект и безопасность применения препарата Амприлан (рамиприл) в дозе 5-10 мг /сут у пациентов с артериальной гипертонией (АГ) в сочетании с метаболическим синдромом (МС) в амбулаторных условиях.

Методы: В исследование включены 30 больных с АГ I и II степени, из них 22 женщины и 8 мужчин. Степень АГ определяли на основе повторных измерений АД и результатов предыдущих методов обследований. До начала исследования пациенты не получали систематической гипотензивной терапии. Средний возраст больных 54,2 ±3,8 лет.

Лечение проводилось в течение 12 недель. Визиты осуществлялись на 4 , 12 неделе приема препарата. Во время каждого визита проводилось измерение АД, ЭхоКГ, ЭКГ, определяли калий, натрий, холестерин, ЛПВП, триглицериды, глюкозу, креатинин, мочевину.

Результаты: Исходно уровень САД составил 165,6±1,8 мм рт.ст, ДАД 101,4±1,3 мм рт.ст. После 4 недельного приема Амприлана в дозе 5 мг 1 раз в сутки уровень АД нормализовался у 12 пациентов (40%). У тех пациентов, у которых не был достигнут целевой уровень АД доза Амприлана была увеличена до 10 мг/сут. После 8 недель лечения была достигнута нормализация АД у 29 больных.

На фоне приема Амприлана не отмечалось утренних подъемов АД. Побочный эффект в виде легкого головокружения отмечался у 2 пациентов. «Гипотония первой дозы» не отмечалась ни у одного из пациентов. Также не было достоверных изменений показателей креатинина, мочевины, калия, натрия, глюкозы крови, холестерина, ЛПВП .

Заключение: Таким образом, Амприлан в суточной дозе 5-10 мг, оказывает хороший гипотензивный эффект, удобен в применении, обладает хорошей переносимостью, метаболически нейтрален и может быть рекомендован для лечения АГ 1 и 2 степени в виде монотерапии в амбулаторных условиях.

0386 НОСИТЕЛЬСТВО АЛЛЕЛЯ 1846A ГЕНА CYP2D6 СВЯЗАНОС ПОВЫШЕНИЕМ КОНЦЕНТРАЦИИ МЕТОПРОЛОЛА В ПЛАЗМЕ КРОВИ ПРИ ЕГО ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Казаков Р.Е., Власкина М.В., Игнатьев И.В., Раменская Г.В., Сычев Д.А., Богословская С.И., Кукес В.Г.
Институт клинической фармакологии ФГУ НЦ ЭСМП Росздравнадзора, Москва, Россия; Кафедра клинической фармакологии ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия; Кафедра фармакологии и клинической фармакологии СГМУ, Саратов, Россия

Актуальность: Метопролол (МП), - высокоэффективный кардиоселективный β1адреноблокатор, применяемый при целом ряде сердечно-сосудистых заболеваний. Наибольшее участие в метаболизме МП принимает цитохром Р-450 2D6, кодируемый геном CYP2D6. Однонуклеотидная замена G1846A в гене CYP2D6, распространенная среди европейцев, приводит к срыву сплайсинга и к отсутствию функционального фермента.

Цель исследования: изучение зависимости равновесной концентрации МП от аллельного состава CYP2D6 у больных ИБС.

Материалы и методы. В исследование включено 67 пациентов (42 мужчин и 25 женщин) русской национальности, в возрасте 48,5±5,2 лет, с ИБС, стенокардией напряжения II-III функциональных классов, которые получали метопролола тартрат в дозе 100-200 мг/сутки. Методом HPLC у пациентов была измерена равновесная концентрация МП и посчитан его клиренс. Определение аллелей 1846 G и 1846A было осуществлено методом ПЦР-ПДРФ.

Результаты. Среди пациентов частота аллеля 1846A составила 13%. Генотип 1846GG был у 49 лиц, 1846GA – у 17, а 1846AA – только у одного пациента. Было установлено, что равновесная концентрация МП зависела от генотипа по однонуклеотидной замене G1846A, и составила у гомозигот дикого типа 1846GG – 18,6±26,3 нг/мл; у гетерозигот 1846GA – 62,1±130,9 нг/мл, и у единственного представителя генотипа 1846AA – 257,5 нг/мл. Значение клиренса у носителей генотипа 1846GA было несколько ниже, чем у носителей дикого типа, и самое маленькое значение клиренса было у пациента с генотипом 1846AA. Не было отмечено взаимосвязи генотипа CYP2D6 с нежелательными лекарственными реакциями (НЛР), а также со значением подобранной дозы МП.

Обсуждение. Нами хотя и выявлены различия в равновесной концентрации метопролола у носителей различных генотипов по CYP2D6, наши данные позволяют предположить, что подбор дозы МП на основании определения аллельного состава по однонуклеотидной замене G1846A затруднителен. Также нами не было установлено корреляции генотипа CYP2D6 с НЛР. Но известно, что генотип CYP2D6 обуславливает серьезные НЛР, которых в нашей выборке не было из-за малочисленности группы: в первую очередь следует ожидать появление случаев серьезных НЛР у носителей генотипа 1846AA.

Выводы. Носительство аллеля 1846A определяет уровень МП в крови при терапии. У практического генотипирования CYP2D6 с целью повышения безопасности фармакотерапии есть перспективы, но для этого надо более детально изучить влияние каждого изменения нуклеотидной последовательности гена в отдельности. Перспективы подбора эффективной дозы МП пока неясны и, очевидно, зависят от других генетических факторов.

0387 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИАНГИНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ИЗОСОРБИДА МОНОНИТРАТА И ТРИМЕТАЗИДИНА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Казанская Е.М., Дупляков Д.В., Адонина Е.В., Ксенофонтова Л.В., Кастригина Г.Н., Тюрина И.А., Габриелян Д.Г.
Областной клинический кардиологический диспансер, Самара, Россия

Цель работы: оценка антиангинального и антиишемического эффекта триметазидина и изосорбида мононитрата у больных стабильной стенокардией напряжения II-III функционального класса с эпизодами безболевой и болевой ишемии миокарда при монотерапии и комбинированном приеме.

Материалы и методы исследования. Исследование было проведено у 42 пациентов (11 женщин и 31 мужчина) в возрасте от 38 до 70 лет со стабильной стенокардией напряжения II-III функционального класса. Две группы пациентов- 20 пациентов получали монотерапию изосорбида мононитрата и 22 – комбинацию изосорбида мононитрата и триметазидина. С целью оценки терапевтического эффекта используемых лекарственных препаратов у всех пациентов оценивалось клиническое состояние, учитывая частоту приступов стенокардии, количество принимаемого нитроглицерина, уровень ЧСС, АД. Для объективной оценки данных препаратов на частоту и длительность ишемии миокарда проводилось суточное холтеровское мониторирование ЭКГ. Толерантность к физической нагрузке и длительность ишемии определялись по результату велоэргометрической пробы (ВЭП). По данным эхокардиографического исследования определялись сократительная способность миокарда и зоны гипоакинезии. Для оценки качества жизни было проведено анкетирование.

Результаты. При комбинированной терапии, по сравнению с монотерапией, состояние больных улучшалось быстрее. Уменьшилась тяжесть и частота ангинозных приступов при комбинированной терапии с 8,08±0,64 до 1,57±0,71 по сравнению с монотерапией до 5,23±0,4 приступов за сутки ($p<0,001$). По данным ВЭП толерантность к физической нагрузке увеличилась при монотерапии на 29% (с 524±0,6 до 680±0,73Вт), при комбинированной на 36% (до 720±0,44 ($p<0,001$)). Количество употребляемых таблеток нитроглицерина за сутки уменьшилось на 28% (с 5,4±0,4 до 3,1±0,25) и 33% (до 1,52±0,53 $p<0,001$) соответственно.

Выводы. По результатам данного исследования, назначение изосорбида мононитрата и триметазидина является удачной комбинацией для лечения больных стенокардией II-III функционального класса. У больных, получающих терапию данными препаратами, было получено достоверное улучшение качества жизни, в частности увеличение толерантности к физической нагрузке, уменьшение количества приема таблеток нитроглицерина.

0388 ПОЛОВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ

*Казымов М.С., Фишман Б.Б., Вебер В.Р., Фишман М.Б., * Копина М.Н., Куприн П.Е. **
ИМО НовГУ им. Я. Мудрого, Великий Новгород, Россия; СПбГМУ им. И.П. Павлова*, Санкт-Петербург, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) встречается при сахарном диабете (СД) 2 типа в 1,5-2 раза чаще, чем в общей популяции, и является причиной смерти более чем 50% этих больных. Около 90% больных СД 2 типа имеют избыточную массу тела или ожирение, риск развития этого типа диабета увеличивается с возрастом и степенью ожирения. Сочетание АГ с ожирением увеличивает риск ишемической болезни сердца в 2-3 раза, а мозговых инсультов – в 7 раз. Исходя из этого, чрезвычайно важным представляется изучение распространенности сочетания СД 2 типа, АГ и ожирения в популяции.

Цель исследования. Изучить половозрастные особенности распространенности артериальной гипертензии у больных сахарным диабетом 2 типа с ожирением различной степени.

Материалы и методы. Объектом исследования послужили 6177 больных СД 2 типа (1345 мужчин, 4832 женщин), состоящих на учете в Новгородском областном регистре больных сахарным диабетом за 2007 год. В изучение были включены только больные, прошедшие верификацию диагноза с полностью заполненными графами регистра. Критериями АГ явилась классификация ВОЗ-ВНОК (1999), критериями ожирения – классификация ожирения по величине индекса массы тела в соответствии с рекомендациями ВОЗ (1997). Возрастной состав населения с учетом гендерных различий был распределен на декады соответствующих Европейской классификации возрастов. В исследование включены больные АГ, не получавшие регулярно антигипертензивную терапию.

Результаты. При СД 2 типа самые высокие показатели распространенности мягкой АГ выявлено при I и II ст. ожирения (50-68%). Частота умеренной АГ снижается до 20-31%, а тяжелой АГ до 4-5% при ожирении I и II ст., до 15% у мужчин и 11% у женщин при III ст. ожирения. У больных СД 2 типа с ожирением I ст. с возрастом нарастает частота АГ, но в мужской популяции 3-5 раз выше, чем в женской. Тяжелая степень АГ у мужчин регистрируется при II и III ст. ожирения в возрастных группах 50-59 и 60-69 лет, где её частота достигает до 50%, среди женщин она регистрируется начиная с 50 лет и достигает максимума после 70 лет.

Заключение: При сахарном диабете 2 типа с сопутствующим ожирением наиболее часто развивается мягкая артериальная гипертензия. Тяжелая степень артериальной гипертензии с высокой частотой развивается у мужчин при ожирении II и III ст. в возрастных группах 50-59 и 60-69 лет, у женщин – при всех 3 степенях ожирения в возрасте 70 лет и старше.

0389 ИЗБЫТОЧНАЯ ГЕНЕРАЦИЯ АКТИВНЫХ ФОРМ КИСЛОРОДА И ИСТОЩЕНИЕ АНТИОКСИДАНТНОГО РЕЗЕРВА В ИШЕМИЗИРОВАННОМ МИОКАРДЕ КРЫС

Каленикова Е.И., Городецкая Е.А., Шашурин Д.А., Медведев О.С.
Факультет фундаментальной медицины Московского государственного университета им. М. В. Ломоносова, Москва, Россия

Дисбаланс между скоростью генерации свободных радикалов и состоянием защитных систем организма сопровождает многие сердечно-сосудистые заболевания, в том числе ишемическую болезнь сердца. Избыток свободных радикалов первоначально может вызывать компенсаторное повышение активности защитной антиоксидантной системы, а в дальнейшем - истощение антиоксидантного резерва, приводя к состоянию декомпенсации.

Цель данной работы - количественная оценка уровня свободных радикалов кислорода в миокарде крыс при острой ишемии, а также изменений в системе антиоксидантной защиты миокарда в результате хронической ишемии миокарда.

Методы. В первой серии экспериментов у наркотизированных крыс-самцов Wistar в условиях вскрытой грудной клетки и искусственного дыхания вызывали острую ишемию миокарда перевязкой нисходящей ветви левой коронарной артерии. Интенсивность генерации гидроксильного радикала изучали в зоне ишемии в течение 30 минут окклюзии и 60 минут

последующей реперфузии, используя технику микродиализа миокарда раствором салицилата натрия с последующим ВЭЖХ анализом продукта гидроксилирования салицилата (2,3-ДГБК). Во второй серии экспериментов животным проводили хроническую окклюзию левой нисходящей коронарной артерии. Через 3 недели определяли содержание коэнзимов Q (CoQ) - CoQ9, CoQ10 и альфа-токоферола в миокарде левого желудочка методом ВЭЖХ.

Результаты. Фоновый уровень 2,3-ДГБК (за 30 минут) в диализатах миокарда крыс составил 91±4 пг. За 30 мин ишемии он увеличился до 161±13 пг ($p<0,001$), а за 60 мин реперфузии суммарный выброс 2,3-ДГБК возрос до 364±27 пг ($p<0,01$). Величина зоны некроза в результате ишемического-реперфузионного повреждения составила 45,4±4,3%. Хроническая окклюзия коронарной артерии приводила к формированию инфарктной зоны (27,8±12,1%) и развитию гипертрофии левого желудочка: индекс массы составил 2,38±0,27 г/кг по сравнению с 1,92±0,13 г/кг у ложно-оперированных животных ($p<0,0001$). Было выявлено истощение антиоксидантного резерва постинфарктного гипертрофированного миокарда левого желудочка: среднегрупповые уровни CoQ9 были снижены на 45% ($p<0,0001$), CoQ10 – на 43 % ($p<0,001$), альфа-токоферола – на 35% ($p<0,05$) относительно ложно-оперированных животных.

Выводы. Выявлено значительное увеличение уровня гидроксильного радикала при острой ишемии и последующей реперфузии миокарда. Хроническая ишемия, создавая и поддерживая избыточное накопление активных форм кислорода, неизбежно приводит к истощению антиоксидантного резерва: наблюдается существенное снижение уровней антиоксидантов в миокарде левого желудочка - коэнзимов Q и α-токоферола. Нарастающий окислительно-восстановительный дисбаланс усугубляет последствия ишемии.

0390 ФАРМАКОКИНЕТИКА КОЭНЗИМА Q10

Каленикова Е.И., Городецкая Е.А., Медведев О.С.
Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова, факультет фундаментальной медицины, кафедра фармакологии, Москва, Россия

Коэнзим Q10 (убихинон) в настоящее время рекомендован в качестве дополнения к традиционной терапии сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель - изучение фармакокинетики порошка и раствора солюбилизированной формы коэнзима Q10 после однократного перорального введения крысам.

Методы. Бодрствующим крысам Wistar с имплантированными катетерами в бедренной артерии натощак через зонд вводили в желудок коэнзим Q10 в дозе 10 мг/кг в виде раствора солюбилизированной субстанции коэнзима Q10 (“Кудесан”, ЗАО «Аквион», Москва, Россия) либо порошка коэнзима Q10 (взвесь в 0,2% растворе метилцеллюлозы). Отбор проб крови (по 0,3 мл) проводили до введения препарата и спустя 2, 3, 4, 5, 7, 9, 24, 36 и 48 ч после введения. Количественный анализ коэнзима Q10 в плазме крови проводили методом ВЭЖХ.

Результаты. Время достижения максимальной концентрации и относительная скорость всасывания порошка коэнзима Q10 и солюбилизированной формы достоверно не различались. Другие фармакокинетические параметры коэнзима Q10 в солюбилизированной форме существенно отличались от таковых в порошке. Средние значения концентраций коэнзима Q10 в плазме в течение суток после приема солюбилизированной формы были достоверно выше, чем после приема порошка. Максимальная концентрация в плазме крови после приема солюбилизированной формы была примерно в 3,3 раза выше, а площадь под кривой концентрация–время – в 2,6 раза больше по сравнению с порошком. Соответственно, биодоступность коэнзима Q10 в составе солюбилизированной формы относительно порошка составляла 264%, а относительная степень всасывания – 329%.

Выводы. Коэнзим Q10 в солюбилизированной форме обладает несомненными фармакокинетическими преимуществами: большей степенью всасывания, более высокими концентрациями в плазме крови и, в результате, большей биодоступностью.

0391 ПРИОРИТЕТЫ ПРОФИЛАКИ ССЗ В КОЛЛЕКТИВЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ г.МОСКВЫ

Калинина А.М, Карамнова Н.С., Григорян Ц.А., Олейникова Н.В.
ФГУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, Москва, Россия

Важность совершенствования профилактической помощи для лиц трудоспособного возраста очевидна, и выделена в приоритетном национальном проекте Правительства Российской Федерации «Здоровье». Профилактическое вмешательство в условиях организованного коллектива является оптимальной моделью профилактики факторов риска ССЗ, особенно среди лиц социально значимых профессий. Врачи и медицинские сестры, как работники учреждений сферы здравоохранения, выделены в целевую группу для проведения дополнительной диспансеризации, направленной на раннее выявление и профилактику социально-значимых заболеваний.

Цель: определить приоритеты профилактики ССЗ в коллективе медицинских работников первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы: проведено медико-профилактическое скрининг-обследование и медицинских работников трех городских поликлиник СЗАО г.Москвы и для определения потребности в медико-профилактических услугах поведен социологический опрос.

Результаты: обследовано 302 человека в возрасте с 19 до 64 лет, средний возраст составил 46,4±1,4 лет. Среди обследованных: 11,6% мужчин, средний возраст 47,2±11,2 года и 88,4% женщин, средний возраст 46,2±11,4 года. Скрининг-обследование прошло 45,0% врачей разных специальностей и 55,0% медицинских сестер, отклик составил 86,9%.

Большинство респондентов 74,6% оценили свое состояние здоровья, как удовлетворительное, 20,5% – как хорошее, 4,9% - как плохое.

На момент проведения скрининга курили- 29,8% обследованных, из них 53 лица с АГ; курили в прошлом 6,9% человек, их них 7 лица с АГ. Отказаться от курения желают 79,5% курящих, в помощи специалиста нуждаются 21,7% человек.

Избыточную массу тела имели 38,7% всех обследованных, из них 56,4% из них лица с АГ; ожирение имели 19,5% обследованных, из них 76,3% лица с АГ. Абдоминальное ожирение выявлено у 37,4% обследованных, из них 67,3% лица с АГ. Хотят снизить массу тела 62,6% опрошенных, и необходима помощь специалистов в этом вопросе 25,4%.

Наиболее востребованы в приобретении информации среди респондентов были следующие направления профилактики: основы здорового питания - для 42,7% опрошенных, питание при факторах риска – 41,3%; методы снижения массы тела – 38,3%, повышение двигательной активности – для 36,7% человек и методы управления стрессом интересны 43,3%.

Меньший интерес вызывали у респондентов: методу отказа от курения и алкоголя 16,3% и 5,0% соответственно, методы нормализации АД – 25,3%. Хотя, выполняли самоконтроль АД 38,8% обследованных и только 16,0% лиц с АГ. Из числа лиц с АГ: 69,1% принимают антигипертензивные препараты, при этом достижение целевых уровней АД отмечено у 58,0%, имеющих АГ.

Вывод: в ходе проведения настоящего исследования определена высокая медицинская и социальная потребность коррекции поведенческих и психологических факторов риска ССЗ, что необходимо учитывать при разработке профилактических программ для коллектива медицинских работников.

0392 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ РЕПЕРФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Калинина С. Г., Габинский Я. Л.
Клинико-диагностический центр « Кардиология», Екатеринбург, Россия

В основе развития крупноочагового инфаркта миокарда лежит окклюзирующий коронарный тромбоз. Быстрая реперфузия ассоциируется с увеличением выживаемости. Реперфузионная терапия может быть выполнена методом чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) и проведением тромболизиса.

Целью исследования было изучить в клинической практике применение различных методов реперфузионной терапии при ОИМ с подъемом сегмента ST.

Материалы и методы. Обследованы 324 больных с ОИМ с подъемом сегмента ST. Больным первой группы (100 человек) предполагалось проведение ЧКВ, и при поступлении в клинику была проведена КАГ. ЧКВ (первичной ангиопластике) был подвергнут 81 больной. Больным второй группы проведена медикаментозная реперфузионная терапия с использованием тромболитических препаратов разных групп (стрептокиназа, тенектеплаза, альтеплаза). Во вторую группу вошли 224 пациента. В последующем 91 больному проведена КАГ, из них 64 пациентам - ЧКВ. Рассмотрены данные КАГ в различных группах, осложнения, которые возникали во время лечения и летальность в каждой из групп.

Результаты. Из больных первой группы с ИМ по задней стенке у 86,5% больных выявлено поражение ПКА, причем у 75,6% выявлена ее окклюзия. У 13,5% больных ИЗА оказалась огибающая артерия (окклюзия в 85,7%). У больных с ИМ по передне-боковой стенке поражение ПНА выявлено у 93% больных (окклюзия в 60%).У 7% ИЗА оказалась ОА, причем во всех случаях артерия была окклюзирована. У больных I группы встретились следующие осложнения: диссекция артерии(2%); тромбоз стента (3%); во время вмешательства фибрилляция желудочков возникла (с успешной ЭДС) у 7%, выраженная брадикардия у 3%; гематома в месте пункции бедренной артерии у 12% больных. У 10 больных первой группы основанием для проведения вмешательства стал кардиогенный шок, 8 больным с кардиогенным шоком проведена внутриаортальная баллонная контрпульсация, у 4 больных с шоком наступил летальный исход. Общая летальность в первой группе составила 8%.

Во второй группе больные с ИМ по задней стенке, которым проведена КАГ в последующем, в 86,8% имели поражение ПКА, в 13,2%- поражение ОА.У больных с передне-боковым ИМ в 93,6% случаев обнаружено поражение ПНА, в 6,4%- ОА. После проведения КАГ III степень кровотока по критериям TIMI в ИЗА выявлена у 60,4% больных, у 10%- TIMI II, а в 29,6% случаев сохранялась окклюзия ИЗА. После проведения ТЛТ у 13,4% больных возникли постинъекционные гематомы, у 4,5%-спонтанные гематомы, у 0,5%- желудочно-кишечное кровотечение, у 0,5%- развился геморрагический инсульт. Гипотония имела место у 14,3% больных. Общая летальность во второй группе составила 6,7%.

Выводы. Геморрагические осложнения имели место в обеих группах, но были более частыми во II группе, носили более тяжелый характер. Летальность при ОИМ с подъемом сегмента ST сопоставима при различных методах терапии.

0393 ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ РЕВМАТИЧЕСКИХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Калягин А.Н.
ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет Росздрава», МУЗ «Клиническая больница №1 г. Иркутска», Иркутск, Россия

Целью нашего исследования стала оценка особенностей медикаментозного лечения больных ревматическими пороками сердца (РПС) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в условиях реальной клинической практики.

Материалы и методы. Проведено открытое проспективное исследование больных РПС в 2000 и 2005 годах. В исследовании 2000г приняли участие 322 больных с верифицированными РПС, в исследовании 2005г - 578 больных, значительная часть из которых включала больных предыдущего исследования 296 из 322 (91,9%) чел. Среди больных преобладали женщины, возраст колебался от 23 до 78 лет. Критериями включения больных в исследование были: наличие ХСН по Фремингемским критериям и/или критериям ОССН (2003), отсутствие активности ревматического процесса. Оценивалась частота назначения тех или иных групп лекарственных препаратов. Статистическая обработка выполнялась по z-критерию в программном пакете Primer Biostatistics. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез p=0,05.

Результаты и обсуждение. Частота использования ИАПФ возросла в 1,57 раза (с 43,2 до 68,0%, p<0,001). Чаще всего используется эналаприл, лизиноприл, периндоприл, реже – квинаприл и фозиноприл. В качестве альтернативы ИАПФ используются антагонисты репепторов ангиотензина. Частота их приема возросла в 13,4 раза (с 0,5%, до 6,7%, p<0,001). В основном используются лозартан, кандесартан и вальсартан, в единичных случаях – эпросартан. Они обладают лучшим профилем переносимости в сравнении с ингибиторами АПФ, но обычно дороже.

Частота назначения бета-блокаторов при ХСН остается недостаточной, несмотря на то, что она возросла в 5 раз (с 7,4 до 42,9%, p<0,001). На сегодня назначение этой группы препаратов составляет 62% от реальной потребности, причем в 54% случаев больные получают препараты, которые не показали своей эффективности в отношении больных ХСН (атенолол, метопролола тартрат и т.д.), но наметилась тенденция к более широкому применению бисопролола и карведилола.

Частота применения диуретиков находится примерно на одном и том же уровне на протяжении всего периода наблюдения. Частота приёма спиронолактона (обычно в низких дозах - до 25 мг/сутки) возросла в 3,9 раза (с 14,6 до 56,9%, p<0,001).

Сердечные гликозиды по-прежнему применяются у больных с РПС чрезвычайно широко. В 2005 году они применяются у 37% больных, а среди больных с фибрилляцией предсердий - в 96% случаев.

Таким образом, данные проспективного исследования больных с ХСН на фоне РПС позволяет сделать вывод об улучшении консервативной терапии. Произошло увеличение частоты применения ИАПФ, антагонистов рецепторов ангиотензина, антагонистов альдостерона и бета-блокаторов, не изменилась частота использования сердечных гликозидов и диуретиков.

0394 ВСТРЕЧАЕМОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Калягин А.Н., Швецова Е.А., Образцова М.К., Ожогина Н.А., Метривелли Е.Г., Задгенидзе О.В., Биденко Е.С.
ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет Росздрава», МУЗ «Клиническая больница №1 г. Иркутска», Иркутск, Россия

Целью нашего исследования стал анализ частоты встречаемости и особенностей анемического синдрома у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) на фоне ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы исследования. Обследовано 1252 больных кардиологического отделения МУЗ «Клинической больницы №1 г. Иркутска» с верифицированным диагнозом ИБС и ХСН. Анализировались демографические показатели, клинические особенности больных, данные о стадии и функциональном классе ХСН, общий анализ крови (Hb, Er, L, Tr, ЦП), ЭхоКГ. Критерием анемии принимался уровень Hb<120 г/л. Полученные данные представлялись в виде средних (M), стандартного отклонения (s), относительных величин. Статистическая обработка осуществлялась в программных пакетах Excel, Statistica v. 6.0. После проверки распределения на нормальность использовался t-критерий Стьюдента. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез p=0,05.

Результаты. Среди обследованных больных кардиологического отделения выявлено 133 (10,6%) человек с анемическим синдромом, из них 125 (9,4%) непосредственно страдают ИБС и ХСН – это 8 (64,8%) женщин и 44 (35,2%) мужчин. Возраст больных колебался от 47 до 94 лет (в среднем 69,4±10,7 лет). Диагноз анемии выставлен только 11 (8,3%) больным. Средний уровень Hb - 104,8±13,5 г/л; Er - 3,81±0,62 х 1012/л; ЦП - 0,83±0,19. В зависимости от ЦП получили следующее распределение: гипохромия у 64,0%, нормохромия - у 25,6%, гиперхромия - у 10,4%. По степени тяжести анемия: I степени выявлена у 90,4%, II - 8,8%, III - 0,8%. Больные распределились следующим образом в зависимости от стадии ХСН: I стадия выявлена у 42 (33,9%), IIA - 72 (58,1%), IIБ - 8 (6,4%), III - 2 (1,6%), средняя стадия среди больных анемией 1,71±0,54, в зависимости от ФК ХСН: 1 ФК - у 31 (25%), 2 - 54 (43,5%), 3 - 38 (30,6%), 4 -1 (0,9%), средний ФК у больных с анемией - 2,07±0,77. При сравнении показателей ЭхоКГ, больные разделены на группы: 1 - больные с анемией, 2 - больные без анемии: Ао-2,94±0,43//3,0±0,4 (t=1,6, p=0,118); ЛП-3,91±0,67//3,80±0,62 (t=38,4, p<0,001); КДРЛЖ-5,15±0,9//5,1±0,81 (t=0,04, p=0,522); КСРЛЖ-3,54±0,91//3,53±0,87 (t=0,1, p=0,899).

Заключение. Частота встречаемости анемии у больных с ХСН ишемического генеза составила 10,6%. Среди больных с анемией преобладает гипохромная анемия (64%) I степени (90,4%). В группе больных анемией отмечается более высокое среднее значение стадии и функционального класса ХСН. Отмечены особенности изменения параметров ЭхоКГ – значимое увеличение полости левого предсердия.

0395 ОЦЕНКА РИСКА ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Калягин А.Н.
ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет Росздрава», МУЗ «Клиническая больница №1 г. Иркутска», Иркутск, Россия

Целью нашего исследования стала оценка риска развития декомпенсации хронической сердечной недостаточности (ХСН) на фоне ревматических пороков сердца (РПС).

Материалы и методы. Обследовано 578 больных с верифицированным РПС. Больные были в возрасте 25-72 лет. Критериями включения больных в исследование были: наличие ХСН по Фремингемским критериям и/или критериям ОССН (2003), отсутствие активности ревматического процесса. В исследуемой выборке были выделены 2 группы: 1 – больные, у которых имеется компенсированная ХСН (I-IIа ст. по Василенко-Стражеско) – 428 (74,0%), и 2 – больные, имеющие декомпенсированную ХСН (IIб-III ст.) – 150 (26,0%). Больные в группах сопоставимы по виду порока, возрасту. Оценка выраженности ХСН проводилась по шкале В.Ю. Мареева (2000), тесту 6-минутной ходьбы. Каждый фактор риска (ФР) тщательно выявлялся. Вычислялся относительный риск (ОР). Статистическая обработка выполнялась критерию Мак-Нимара (разновидность критерия хи-квадрат) в программном пакете Statistica for Windows v.6.0 (StatSoft, USA). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез p=0,05.

Результаты и обсуждение. Наследственность, отягощённая наличием ревматизма у родственников, была достоверно зарегистрирована у 188 (32,5%) человек и преобладала в группе больных с декомпенсацией (ОР=1,5, p=0,001).

Анемия была выявлена у 190 (32,9%) больных, в основном диагностировалась железодефицитная анемия, что подтверждалось данными феррокинетики (ОР=1,9, p<0,001)(ОР=ительный риск,001)пенсированных больных, этот показатель также значимо преобладал. прогрессирования ХСН. приглашение прийти.

Тяжёлый физический труд продолжительностью не менее 5 лет в анамнезе был установлен у 96 (16,6%) больных (ОР=2,2, p<0,001). Одновременно с этим и гиподинамия являлась важным фактором риска декомпенсации ХСН у больных с РПС (ОР=1,8, p<0,001). Низкий уровень жизни выявлен у 119 (20,6%) больных. Этот показатель оказался незначимым для прогрессирования ХСН. По всей видимости, факторы риска накапливаются вне чёткой связи с этим показателем. Установлено, что курение даёт ОР=1,7 (p=0,017), алкоголь – ОР=2,4 (p=0,037), соль – ОР=1,7 (p=0,007).

Респираторные инфекции, среди которых грипп, пневмонии, обострения хронических бронхитов, являются важными факторами риска декомпенсации ХСН, даже однократный эпизод их в течение года может существенно влиять на декомпенсацию заболевания. Всего респираторные инфекции были зарегистрированы перед первичным осмотром больных нами у 179 (30,9%) человек (ОР=1,6, p=0,001).

Заключение. Таким образом, факторы риска (биологические, социальные и поведенческие, окружающей среды) играют существенную роль в развитии декомпенсации ХСН у больных с РПС.

0396 ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА ЭНАП-Н У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Камилова У.К., Ярмухамедова Д.З., Юсупов О.П.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности комбинированного препарата эналаприла и гидрохлортиазида – ЭНАП-Н у больных мягкой и умеренной артериальной гипертонией.

Материал и методы исследования: Обследованы 104 больных мягкой и умеренной артериальной гипертонией в возрасте 45-56 лет (средний возраст 53±3,2 лет). Длительность артериальной гипертонии составило 9±7 лет. I степень АГ была выявлена у 47% и II степень у 53% больных. Больные были разделены на 2 группы: 1 группу составили 48 больных, принимавших эналаприл фирмы КРКА (Словения) в суточной дозе 10-20 мг. 56 больным второй группы был назначен препарат ЭНАП-Н фирмы КРКА (Словения) содержащий фиксированную комбинацию эналаприла 10 мг и гипотиазида 25 мг по 1 таблетке 1 раз в день, при необходимости дозу препарата увеличивали в 2 раза. Целью терапии было достижение целевого уровня артериального давления (АД) - < 140/90 мм рт.ст. Использовали рандомизированный, открытый метод. Длительность терапии составило 8 недель.

Результаты исследования. Достижение целевого уровня АД является необходимым условием адекватного лечения АГ. В результате 8-недельного лечения эналаприлом наблюдалось снижение среднего уровня САД на 19,4% и ДАД на 11,4%. Целевого уровня достигли у 59% больных В результате 8-недельного приема ЭНАП-Н средний уровень САД снизился на 23,4 мм рт.ст., средний уровень ДАД – 13,6 мм рт.ст. При комбинированном лечении ЭНАП-Н удалось достичь целевого уровня АД у 79% больных.

Несколько больше побочных эффектов отмечалось у больных в 1 группе – у 3 больных наблюдался сухой кашель, в связи с чем эналаприл был отменен. Во 2 группе у одного больного при увеличении дозы препарата в 2 раза отмечались судороги в нижних конечностях, которые прошли при снижении дозы препарата.

Вывод: Таким образом, фиксированная комбинация эналаприла и гипотиазида - ЭНАП-Н удобна для применения 1 раз в сутки и способствует достижения целевого уровня АД у больных мягкой и умеренной артериальной гипертонией.

0397 ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С КАРДИАЛЬНОЙ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ

Канорская Ю.С., Канорский С.Г.
ГОУ ВПО Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Кардиальная автономная нейропатия (КАН) у больных сахарным диабетом вызывает дисбаланс парасимпатических и сим-

патических влияний на сердце, повышающий риск развития аритмий сердца. Фибрилляция предсердий (ФП) чаще встречается при сахарном диабете, особенно при наличии КАН, однако характер течения аритмии и результативность стандартной противорецидивной терапии в таких случаях остаются малоизученными.

Цель - сравнить естественное течение и эффективность предупреждения рецидивов ФП у больных сахарным диабетом 2 типа при наличии и отсутствии КАН.

Методы исследования. Обследовано 96 пациентов с персистирующей ФП на фоне ишемической болезни сердца, сочетанной с сахарным диабетом 2 типа, в возрасте от 42 до 65 лет. После восстановления синусового ритма на безмедикаментозном фоне с помощью 5 стандартных кардиоваскулярных проб по D.Ewing (оценка разброса интервалов RR при глубоком дыхании с частотой 6 в минуту, сопоставление интервалов RR на 30-м и 15-м сердечных сокращениях от начала вставания, определение отношения максимального RR к минимальному во время проведения пробы Вальсальвы, разницы систолического артериального давления в положении лежа и стоя, прироста диастолического артериального давления при сдавлении ручного динамометра) идентифицировали больных с КАН (1-я группа, n=45) и без нее (2-я группа, n=51). В процессе холтеровского мониторирования электрокардиограммы оценивали характер сердечного ритма и его вариабельность. Во всех случаях в течение 6 месяцев проводили противорецидивную терапию соталолом (80-160 мг/сутки), при возобновлении ФП выполняли кардиоверсию.

Результаты исследования. Среднесуточная частота сердечных сокращений составляла 88±5 против 76±4 в мин ($p<0,05$), а ключевой показатель вариабельности сердечного ритма SDNN - 82±7 против 103±9 мс ($p<0,05$) в 1-й и 2-й группах соответственно. В 1-й группе рецидивы ФП чаще развивались по гиперадренергическому, а во 2-й - по вагусному типу. Через полгода синусовый ритм удавалось поддерживать у 66,7% больных 1-й и 35,3% - 2-й группы ($p<0,05$). При этом среднее число кардиоверсий на одного больного в группах сравнения существенно не различалось (3,3±0,5 против 3,6±0,7, $p>0,05$) ссоответственно.

Выводы. У больных сахарным диабетом 2 типа при развитии КАН могут наблюдаться ослабление парасимпатических и усиление симпатических влияний на сердце. В этих условиях отмечаются преимущественно гиперадренергический механизм возникновения ФП и сравнительно более высокая эффективность соталола.

0398 МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ МАГНИТОЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Кантур Т.А., Антонюк М.В.
НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения, Владивосток, Россия

В последние десятилетия появились убедительные данные об эффективности применения в лечении АГ не только медикаментозной терапии, но и различных физических факторов, способных влиять на ключевые звенья патогенеза заболевания. Перспективным направлением является разработка методов лечения, позволяющих осуществлять не только коррекцию системного артериального давления (АД), но и других клинико-метаболических проявлений АГ. Комплексный подход к этой проблеме является необходимой, но практически малоизученной проблемой современной медицины.

Целью настоящего исследования явилось изучение показателей липидного и углеводного обменов у больных АГ при использовании комбинированной методики магнитолазеротерапии (МЛТ).

Под наблюдением находилось 80 человек, из них 32 мужчин и 48 женщин, с диагностированной АГ 1-2 стадии. Средний возраст пациентов составил 52,11±0,6 года. Длительность заболевания АГ у всех больных превышала 5 лет. Контрольную составили 18 больных, получавших базисную гипотензивную терапию, основную группу – 62 пациента, которым проводили гипотензивную и квантовую терапию. Проводились сбор анамнеза, оценка объективного статуса, исследование показателей липидного и углеводного обмена. Лечение проводили по стабильной методике на точки сосудодвигательных центров, области почек и печени («Рикта», Россия). Курс лечения составлял 10 процедур ежедневно.

При поступлении на этап восстановительного лечения все пациенты имели исходно повышенный уровень АД, дислипидемия выявлена у 59,8% пациентов, нарушения углеводного обмена у 25,6%. После курса МЛТ в основной группе установлено достоверное снижение систолического АД от 142,5 до 123,4 мм рт. ст.; диастолического АД – от 87,2 до 77,4 мм рт.ст. ($p<0,001$). Отмечено улучшение липидного спектра крови, что проявилось в снижении содержания общего холестерина с 5,4±0,1 до 4,5±0,09 ммоль/л ($p<0,001$), повышение уровня холестерин липопротеидов высокой плотности с 1,1±0,03 до 1,24±0,03 ммоль/л ($p<0,001$). В контрольной группе наблюдалась тенденция к снижению общего холестерина. Индекс атерогенности достоверно снизился в обеих группах, но в основной группе это изменение было более значительным – 13,3% и 26,2% соответственно ($p<0,001$). Повышенный уровень глюкозы крови натощак и инсулина у 11 больных основной группы значительно снизились – с 6,25±0,3 до 5,56±0,18 ммоль/л и с 21,9±3,5 до 14,4±2,9 μIU/мл ($p<0,05$) соответственно. У больных контрольной группы наблюдалось повышение уровня сывороточного инсулина на 8% от исходного уровня и нарастание индекса инсулинорезистентности.

Таким образом, полученные данные позволяют рассматривать МЛТ как фактор эффективного лечения больных АГ, оказывающий липидмоделирующий и углеводкорригирующий метаболические эффекты.

0399 ВЛИЯНИЕ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ ИНФАРКТУ МИОКАРДА СТЕНОКАРДИИ НА ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ

Капелович В.Ю., Татарченко И.П., Купаева Р.А., Чаадаева М.И.
ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Росздрава», Пенза, Россия; ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина, Пенза, Россия

В настоящее время имеются данные, указывающие на протективную роль синдрома стенокардии, предшествующего развитию инфаркта миокарда (ИМ) вследствие формирования феномена ишемического прекондиционирования, являющегося по сути адаптивным механизмом предохранения миокарда от ишемических изменений во время повторных эпизодов ишемии/реперфузии. Однако, в литературе отсутствуют работы по оценке влияния стенокардии, предшествующей ИМ, на эхокардиографические параметры позднего постинфарктного ремоделирования.

Целью работы явилось динамическое проспективное наблюдение в течение двух лет за показателями эхокардиографии (ЭхоКГ) у пациентов, перенесших первый в жизни крупноочаговый ИМ в зависимости от наличия или отсутствия стенокардии, предшествующей ИМ.

Материал и методы исследования. Обследованы 86 больных (61 мужчина и 25 женщин) в возрасте 35-68 лет (в среднем 56,4±6,2 года). 1-ую группу исследования составили 44 пациента с указанием на наличие в анамнезе стенокардии, предшествующей развитию ИМ, во 2-ую группу (группа сравнения) вошли 42 больных, у которых ИМ стал первым клиническим проявлением ишемической болезни сердца (ИБС). ЭхоКГ с определением стандартных показателей функции и геометрии левого желудочка (ЛЖ) проводилась в три этапа: в течение первой недели после госпитализации больного, через 1 год и через 2 года после перенесенного ИМ.

Результаты. При анализе полученных в динамике данных установлено достоверное снижение показателей конечно-диастолического объема (КДО) ЛЖ, индексов нарушения локальной сократимости (ИНЛС) и сферичности (ИС) в 1-ой группе по сравнению со 2-ой, особенно выраженно проявившееся к результатам окончания (через 2 года после ИМ) срока исследова-

ния (соответственно: ΔКДОи - -4% против +15%, Δ ИНЛС - -7% против +12%, Δ ИС - +3% против +11%). Достоверным также было различие в динамике соотношения Е/А трансмитрального кровотока (соответственно 1,36±0,02 против 0,84±0,01) как показателя диастолической функции ЛЖ. Подобная тенденция прослеживалась и в отношении важного показателя систолической функции ЛЖ - фракции выброса (ФВ): снижение фракции выброса в 1-ой группе по сравнению со 2-ой было менее выраженным (ΔФВ - –3,6% против –8,6% соответственно), однако эти различия не достигли достоверности.

Выводы. Данные, полученные в представленном исследовании, позволяют предположить позитивное влияние стенокардии, предшествующей развитию ИМ, на различные компоненты процессов позднего постинфарктного ремоделирования (изменение размеров и геометрии ЛЖ, динамику показателей систолической и диастолической функций ЛЖ), что требует дополнительной оценки клинической значимости этого феномена в ИБС.

0400 ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ РАЗНЫХ ФОРМАХ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Карабинская Н.В., Шпак Л.В.
ГОУ ВПО ТГМА, Тверь, Россия

Цель: при разработке дифференцированных подходов к реабилитации больных инфарктом миокарда необходимо учитывать не только степень влияния симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы на процессы адаптации, но также интенсивность вегетативного сдвига в зависимости от наличия или отсутствия ишемии миокарда в постинфарктном периоде.

Методы: при обследовании 143 больных (мужчин – 120, женщин – 23; возраст 54,8±2,2 года) постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) в средне-раннем периоде восстановительного лечения (через 8-10 недель после перенесенного инфаркта миокарда) использовались холтеровское мониторирование и кардиоинтервалография (КИГ). Были выделены три группы наблюдения: 1-я – 60 больных, у которых отсутствовали признаки ишемии миокарда, 2-я – 41 больной с эпизодами безболевой ишемии миокарда (ББИМ), 3-я – 42 больных со стенокардией.

Результаты: для обследованных больных в целом был характерен симпатический сдвиг (увеличение АМо, ИН, ПАПР, ИВР, RMSSD, LF, LF/HF и снижение SDNN, p<0,001), что сочеталось с одинаковой частотой распределения умеренной симпатикотонии (23,1%), вегетативного равновесия (23,1%) и умеренной ваготонии (21,7%), тогда как реже встречались выраженные симпатико- (15,3%) и ваготония (16,8%). Соответственно клинической форме ПИКС, при отсутствии ишемии наблюдалось усиление централизации в управлении сердечным ритмом со сдвигом в симпатическую сторону (увеличение АМо, ИН, ПАПР, ИВР, VLF, LF, LF/HF, p<0,001). Этому соответствовало преобладание вегетативного равновесия (35%) и умеренной симпатикотонии (23,3%), реже наблюдались умеренная (18,3%) и выраженная ваготония (11,7%), а также выраженная симпатикотония (11,7%). При ПИКС с эпизодами ББИМ симпатикотония не только сохранялась, но и несколько усиливалась (последовательное увеличение ИН, ПАПР, ИВР, VLF, LF, LF/HF при снижении SDNN, pNN50, p<0,001), в результате чего преобладала (48,8%) умеренная (26,8%) и выраженная (22%) симпатикотония, реже отмечались умеренная (22%) и выраженная (14,6%) ваготония, а также вегетативное равновесие (14,6%). При стенокардии преобладали вагусные влияния в сочетании с ослаблением центрального и усилением гуморального канала регуляции (увеличение ВР, SDNN, RMSSD, pNN50, HF при одновременном снижении ИН, ВПР, ИВР, VLF, LF, LF/HF, p<0,001), и, соответственно, чаще (52,4%) регистрировались умеренная (26,2%) и выраженная (26,2%) ваготония, реже – умеренная (19%) и выраженная симпатикотония (14,3%), а также вегетативное равновесие (14,3%).

Выводы: показатели КИГ указывают на преобладание симпатической активности при отсутствии ишемии миокарда и, особенно часто, – при ББИМ, а вагусная активность преобладает при стенокардии; при этом наиболее информативными показателями являются ИН, ВР, ИВР, SDNN, VLF, LF, HF, LF/HF. Следовательно, при ПИКС в результате прогрессирования коронарной недостаточности наблюдается ослабление симпатических и усиление парасимпатических влияний на синусовый узел за счет иррадиации возбуждения подкорковых центров на ядра блуждающего нерва, что является признаком неустойчивой компенсации.

0401 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ФЕРМЕНТОВ ПУРИНОВОГО МЕТАБОЛИЗМА В ОЦЕНКЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Каражанова Л.К., Танатарова Г.Н., Рысбекова А.Б.
Семипалатинская государственная медицинская академия, Семей, Казахстан

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одним из самых распространенных и прогностически неблагоприятных осложнений сердечно-сосудистых заболеваний. Функциональная способность сердечно-сосудистой системы организма в большой мере зависит от протекания регуляторных процессов, важную роль в которых играют ферменты пуринового метаболизма.

Цель исследования: Оценить динамику показателей ферментов пуринового метаболизма в развитии сердечной недостаточности у больных инфарктом миокарда.

Методы исследования: Обследовано 53 больных с первичным острым инфарктом миокарда. Средний возраст 53,7±2,3 года. Стадии СН определяли по классификации NYHA. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц. Всем больным проводилось исследование активности ферментов пуринового обмена (5'-нуклеотидаза – 5'НКаза, аденозиндезаминаза – АДА и аденозинмонофосфатдезаминаза – АМФДА) в плазме крови

Полученные результаты: Из 53 обследованных с инфарктом миокарда (32 – крупноочаговым и 21 – мелкоочаговым) при последующем наблюдении у 24 (13 и 11 соответственно) развилась сердечная недостаточность, которые составили группы с высоким риском развития СН (основная). Нами проведен анализ средних показателей активности ферментов пуринового обмена АДА, АМФДА и 5'-НКаза у больных КИМ и МИМ. У больных ИМ на раннем госпитальном этапе зарегистрирован резкий рост активности ферментов пуринового обмена в плазме крови – более чем в 10 раз относительно показателей здоровых лиц. Активность АДА превосходила показатель группы сравнения на 35,4%, АМФДА – на 28,9%, 5'-НКазы – на 42,5% (p<0,05). Среди изученных показателей наиболее чувствительным в отношении прогнозирования развития СН оказались активности АМФДА и 5'-НКазы у больных с МИМ. Больные с ИМ, у которых можно прогнозировать развитие СН, характеризуются дисбалансом активности ферментов пуринового (снижение АДА и АМФДА, повышение 5'-НКазы) обмена. По результатам нашего исследования, соотношения активностей АМФДА и 5'-НКазы у таких больных <2.

Выводы: К числу ранних критериев, позволяющих прогнозировать развитие сердечной недостаточности у больных инфарктом миокарда на раннем госпитальном этапе, относятся: выраженная диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка (м1/м2<0,8 и Е/А<1,50), высокая активность ферментов пуринового обмена в плазме и низкая активность в лимфоцитах (АМФДА/5'-НКазы<2).

0402 РЕЗУЛЬТАТЫ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Каражанова Л.К., Жокебаев Е.С., Атавина Н.М.
Семипалатинская государственная медицинская академия, Консультативно-диагностический центр, Семей, Казахстан

Цель исследования - оценка частоты выявления каротидного атеросклероза у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), и артериальной гипертензией (АГ) по данным ультразвукового исследования сонных артерий (СА).

Материалы и методы: Всего обследовано 142 больных в возрасте 49,1± 3,5 лет (96 мужчин, 46 женщин) из них 79 больных с различными формами ИБС (стабильная стенокардия - 20,3%, постинфарктный кардиосклероз - 6,1%). Сочетание ИБС с хронической цереброваскулярной недостаточностью 5,7%. Из числа обследованных, с АГ 27 больных, а у 36 пациентов - сочетание АГ с хронической цереброваскулярной недостаточностью. УЗДГ сонных артерии осуществляли с помощью аппарата Вазоскан (Великобритания). По результатом УЗДГ исследования СА изучена локализация и распространенность атеросклеротического процесса в различных участках магистральных артерий головы. Наиболее высокий (52,1%) показатель поражения ВСА и ОСА выявлено у больных ИБС в сочетании клиническими проявлениями хронической цереброваскулярной недостаточностью. Частота встречаемости стенозирующего каротидного атеросклероза значительно возрастала у больных постинфарктным кардиосклерозом (50%) Наименьшая частота каротидного атеросклероза отмечено при изолированной АГ (14,8%).

Представленные данные свидетельствуют о необходимости включения УЗДГ брахицефальных артерий всем больным с сердечно - сосудистой патологией для проведения эффективной профилактики ишемических инсультов.

0403 ДИСПЕРСИЯ ИНТЕРВАЛА QT У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ЕЕ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Каражанова Л.К., Сексеналинова Г.И., Мукажанова К.А.
Государственная медицинская академия, Больница скорой медицинской помощи, Семей, Казахстан

Цель исследования: Оценка прогностической значимости дисперсии интервала QT у больных с ОКС в пожилом возрасте.

Материалы и методы: Обследованы 28 больных с острым коронарным синдромом (мелкоочаговый инфаркт миокарда (МИМ) – 15, нестабильная стенокардия (НС) высокого риска – 13 человек), из них 17 мужчин и 11 женщин, средний возраст – 68,1±3,5 года. Дисперсию интервала QT определяли с помощью записи ЭКГ в покое в 12 отведениях на ЭКГ-аппарате высокого разрешения, суточного наблюдения ЭКГ по Холтеру. Параллельно проводили эхокардиографическое исследование на аппарате «Acuson», при котором осуществлялось определение показателей систолической и диастолической функции левого желудочка.

Результаты: В группе здоровых лиц среднее значение дисперсии интервала QT составило 38±3 мс. Средние значения дисперсии интервала QT по всей группе обследованных имели динамику в зависимости от срока исследования: при поступлении – 86±4 мс ($p<0,001$), на 7 сутки – 58±2 мс ($p<0,01$). У больных с МИМ показатель был несколько выше, чем при НС (89±4 и 81±3 при поступлении соответственно).

В зависимости от уровня исследованного показателя были выделены две подгруппы больных – с выраженным увеличением дисперсии (16 человек, среднее значение при поступлении – 101±5 мс) и с умеренным увеличением (12 человек, 65±3 мс соответственно). При сравнительном анализе показателей центральной гемодинамики в зависимости от дисперсии интервала QT получены данные, свидетельствующие о большей выраженности недостаточности кровообращения в первой подгруппе (фракция выброса – ФВ на 7 сутки – 47,5±3,4% и 57,8±4,1% соответственно, сердечный индекс – СИ – 2,11±0,17 л/мин/м^2 и 3,06±0,22 л/мин/м^2, $p<0,05$). Соответственно, существенно большими были и нарушения диастолической функции левого желудочка (в первой подгруппе уровень показателя м^{эч}/м^2 составил 0,91±0,08, во второй – 1,20±0,06, $p<0,05$).

Подтверждающие наличие связи между показателями дисперсии QT и гемодинамики данные получены при корреляционном анализе. Так, степень корреляции дисперсии QT и ФВ составила $r=-0,67$ ($p<0,01$), с СИ – $r=0,55$ ($p<0,01$), с м^1/м^2 – $r=-0,48$ ($p<0,05$).

Заключение: Таким образом, исследование дисперсии интервала QT у больных острым коронарным синдромом обеспечивает прогнозирование развития недостаточности кровообращения и диастолической дисфункции левого желудочка сердца.

0404 ЧАСТОТА АСПИРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ СОЧЕТАНИИ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Каражанова Л.К., Капакова М.А.
Государственная медицинская академия, Семей, Казахстан

Цель исследования: изучение частоты аспиринорезистентности у больных ишемической болезни сердца (ИБС) на фоне перенесенного ишемического инсульта.

Материалы и методы. Всего обследовано 80 больных с ИБС на фоне перенесенного ишемического инсульта в возрасте 59,8±5,5 лет (42- (52,5%) мужчин, 38 (47,5%) женщин). Контрольную группу составили 50 здоровых лиц адекватных по полу и возрасту основной группе. По результатам гемостазиологического обследования на фоне продолжающейся аспиринотерапии были выделены 2 подгруппы в зависимости от уровня СИАТ в тесте с адреналин-индуцированной агрегацией – не превышающего 65% 38 больных (47,5%) –I подгруппа и превышающего этот показатель 42 больных (52,5%) – II подгруппа. Дальнейший анализ был проведен с использованием метода определения чувствительности кровяных пластинок к аспирину in vitro.

Результаты. Достоверные различия в отношении исследованных показателей сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза были выявлены только по двум, характеризующим выраженность агрегации – ИАТ и СИАТ. Степень превышения первого показателя в тесте с АДФ-индуцированной агрегацией составила 16,5% ($p<0,05$), при адреналин-индуцированной агрегации – 26,5% ($p<0,05$). СИАТ в подгруппе 2 превышал соответствующий показатель подгруппы 1 на 16,9% (недостоверно) и 29,2% ($p<0,05$). Заметно, что различия были более выраженными по уровню адреналин-индуцированной агрегации. Дополнительным подтверждением гемостазиологической эффективности использования клопидогрела у исследованных больных послужило улучшение показателей плазменно-коагуляционного звена, которое заключалось, в первую очередь, в снижении содержания РПДФ и РФМК в крови без изменений активности противосвертывающих механизмов и фибринолиза. Достоверные различия в отношении исследованных показателей сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза были выявлены только по двум, характеризующим выраженность агрегации – ИАТ и СИАТ. Степень превышения первого показателя в тесте с АДФ-индуцированной агрегацией составила 16,5% ($p<0,05$), при адреналин-индуцированной агрегации – 26,5% ($p<0,05$). СИАТ в подгруппе 2 превышал соответствующий показатель подгруппы 1 на 16,9% (недостоверно) и 29,2% ($p<0,05$). Заметно, что различия были более выраженными по уровню адреналин-индуцированной агрегации.

Таким образом, частота аспиринорезистентности по данным клинического исследования системы гемостаза и анализа in vitro среди больных, перенесших острые нарушения коронарного и церебрального кровообращения, достигает 45,0%. Применение клопидогрела у больных данной категории позволяет добиться улучшения показателей сосудисто-тромбоцитарного и плазменно-коагуляционного звеньев системы гемостаза.

0405 РОЛЬ СИСТЕМНОЙ ЭНЗИМОТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Каражанова Л.К., Есимбекова Э.И., Емекеева З.С.
Государственная медицинская академия, Семей, Казахстан

Цель: Оценка эффективности системной энзимотерапии в лечении больных инфарктом миокарда с антифосфолипидным синдромом (АФС).

Методы исследования: Обследованы 190 пациентов с инфарктом миокарда на фоне АФС. Из общего числа больных у 74 диагностирован крупноочаговый инфаркт (КИМ), с мелкоочаговым (МИМ) – 52 больных. Исследовалось содержание волчаночного антикоагулянта (ВА) и антифосфолипидных антител (АФА) в крови.

Результаты: На основании полученных данных клинико-лабораторных данных получено, что АФС имелся у 14 больных: 6- с КИМ (8,1%), 3- с МИМ (5,8%). Выявлена более высокая частота молодых пациентов с АФС среди больных с ИМ. Кроме того, у больных данной группы имелось существенно большее количество острых синдромов в анамнезе.

Наличие у больных АФС способствовало большей выраженности нарушений в системе гемостаза, особенно сосудисто-тромбоцитарного его звена, что может являться важным патогенетическим механизмом развития тромбозов, в том числе и коронарных сосудов.

Наиболее достоверная разница обнаружена по уровню фактора Виллебранда (122,6±5,9% без АФС и 143,8±8,6% на фоне АФС, $p<0,05$), а также между содержанием в крови у больных РФМК (133,2±11,9 мкг/мл и 193,5±21,4 мкг/мл, соответственно, $p<0,05$), что свидетельствует как о более выраженной эндотелиальной дисфункции, так и о большей активности внутрисосудистого свертывания крови при АФС.

Больные с сопутствующим АФС кроме традиционной терапии, включавшую в себя антиагрегантную, антикоагулянтную, антиангинальную терапию дополнительно получали препарат системной энзимотерапии- флогэнзим по 3 таблетки 3 раза в день в течение 2 недель, начиная с начала стационарного лечения. При применении СЭТ у больных с ИБС на фоне АФС наблюдалась достоверная положительная динамика показателей РПДФ и РФМК, фактора Виллебранда, и времени фибринолиза.

В процессе терапии больных инфарктом миокарда, начиная с 5 суток исследования, было выявлено снижение концентрации ВА и АКЛ в крови относительно группы сравнения. При этом достоверные различия были получены, начиная с повторного обследования через 7-10 суток. Снижение уровня лабораторных маркеров АФС у больных сопровождалось улучшением клинического течения заболевания, включающее снижение частоты развития осложнений инфаркта (в частности, ранней постинфарктной стенокардии), а также частоты нарушений сердечного ритма, что позволило добиться, в частности, уменьшения продолжительности стационарного лечения.

Выводы: включение препарата СЭТ- флогэнзим в комплексную терапию у больных ИБС с АФС приводит к нормализации параметров системы гемостаза, повышению количества тромбоцитов в периферической крови, улучшению микроциркуляции, а также снижению содержания в крови ВА и АФА.

0406 ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМЛОДИПИНА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Каражанова Л.К., Батенова Г.Б., Сейпилова Г.Т.
Государственная медицинская академия, Семей, Казахстан

Актуальность проблемы артериальной гипертензии (АГ) у больных пожилого возраста связана с её широкой распространенностью, определяющей ролью, а также тенденцией к старению населения.

Целью нашего наблюдения являлась оценка антигипертензивной эффективности лечения амлодипином (Стамло) у больных АГ пожилого возраста.

В исследование были включены 45 пациентов (25 женщин и 20 мужчин) Средний возраст 64,6±5,5. Длительность АГ 14,3±4,7лет.

Методики исследования включало суточное мониторирование артериального давления, эхокардиографию. Стамло назначали в дозе 5-10 мг в сутки.

Результаты исследования. Анализ полученных результатов показал, что через 8 недель отмечено достоверное снижение АД: среде САД на 22% ($P<0,05$). Среднее ДАД на 13% ($P<0,05$) показателя индекса времени гипертензии (ИВ САД) на 61% ($P<0,05$) ИВ ДАД на 54% ($P<0,05$).

При оценке показателей центральной геодинамики установлено к концу 8 недель лечения Стамло отмечено достоверному уменьшению КСО на 20% ($P<0,05$) и КДР на 15% ($P<0,05$) увеличению ФВ на 21% ($P<0,05$). Биохимические показатели крови (глюкоза, билирубин, мочевина, креатинин, холестерин) на фоне терапии не изменились. Переносимость Стамло у всех больных была хорошей, побочных эффектов не было.

Результаты наблюдения позволяют сделать вывод, что Стамло надежно контролирует уровень АД в течение суток, достоверно снижает среднесуточные показатели САД и ДАД, тем самым предотвращая риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

0407 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА

Каражанова Л.К., Абильмажинова Г.Д., Искакова Н.Р.
Семипалатинская государственная медицинская академия, Семей, Казахстан

Эпидемиологические данные Американской ассоциации сердца показывают, что почти половина всех случаев смерти женщин обусловлена ишемической болезнью сердца (ИБС), что вдвое превышает смертность от всех видов онкологических заболеваний. В 50% случаев женщина может умереть от первого коронарного события, а в 38% – умирает в течение первого года, тогда как у мужчин эти цифры значительно ниже – 30 и 25% соответственно. После перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) 46% женщин становятся нетрудоспособными в результате развития сердечной недостаточности, у мужчин этот показатель составляет 22% (В.И. Волков, 2007).

Целью данного исследования явилось: изучение и комплексная оценка факторов риска ИБС у женщин. Методы исследования. В исследование было включено 85 пациенток. Из них – с мелкоочаговым инфарктом миокарда (МИМ) – 55 и нестабильной стенокардией (НС) – 30. Возраст больных находился в пределах от 35 до 57 лет (средний возраст – 50,3±1,3 года). Контрольную группу составили 35 практически здоровых людей с отсутствием в анамнезе данных о наличии коронарной болезни и повышения АД. Лица контрольной группы были адекватны по полу и возрасту основной группе. Нами проводился анализ факторов риска, таких как: курение, избыточный вес (с измерением окружности талии, бедер), показателей липидного профиля; наличия метаболического синдрома, сахарного диабета, артериальной гипертонии; влияния наследственности и учета гинекологического анамнеза - осложненного течения беременности, ранней менопаузы, овариэктомии, дисфункции яичников, бесплодия и стимуляции овуляции в анамнезе. Определялся уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), интерлейкина-6. Всем обследованным также было проведено суточное мониторирование ЭКГ по методу Холтера на системе «Кардиотехника-4000» фирмы «ИНКАРТ», Россия.

Результаты: наиболее выраженная взаимосвязь частоты болевых и безболевых ишемических эпизодов по данным мониторирования ЭКГ, выявлена в отношении показателей ЦИК и интерлейкина-6 - совокупная частота ишемических эпизодов у таких больных в 2 раза превосходила показатели группы сравнения. Одним из возможных механизмов такого влияния иммунологических нарушений на течение нестабильной стенокардии являются активация сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза, непосредственное и опосредованное развитием свободно-радикальной патологии повреждающее воздействие иммунокомпетентных клеток и ЦИК на сосудистую стенку.

Выводы: полученные нами результаты показывают, что течение, диагностика и структура осложнений ИБС у женщин имеет ряд особенностей: имеется более позднее манифестиро-

вание ИБС при наличии физиологического течения климактерия; достоверное увеличение случаев ИБС и острого ИМ с ранним наступлением менопаузы или после овариэктомии; более тяжелое течение ИБС в прогностическом плане; частые эпизоды безболевой ишемии миокарда, что становится причиной несвоевременной диагностики ИБС, ИМ и диктует необходимость разработки новых методов лечения с учетом выявленных нарушений.

0408 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Каражанова Л.К., Масалимова А.Т., Мусабекова С.Б.
Семипалатинская государственная медицинская академия, Семей, Казахстан

Цель исследования: Оптимизация лечения хронической сердечной недостаточности (ХСН) путём медикаментозной коррекции почечной дисфункции.

Материал и методы: Обследовано 41 больных (33- мужчин, 8- женщин) в возрасте от 41 до 69 лет с ХСН II-IV функциональным классом (ФК) по классификации NYHA, вызванной ишемической болезнью сердца, в том числе 25 больных постинфарктным кардиосклерозом. Методики исследования: ЭхоКГ, определение толерантности к физической нагрузке - тест 6-минутной ходьбы (ТШХ), оценка качества жизни (КЖ) осуществляли с применением Миннесотского опросника «Индекс качества жизни». Изучалось функциональное состояние почек: определение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по (формуле Кокрофта-Голта), микроальбуминурию (МАУ) в моче, β-2 микроглобулин в крови и моче (ИФА), функциональный почечный резерв (ФПР).

Всем, включенным в исследование пациентам было назначено традиционная базисная терапия. После проведенного обследования сформулированы две группы больных. Группа 1-основная, где дополнительно к стандартной базисной терапии назначали милдронат 10 мл. в/в капельно №10, затем 250 мг. 2 раза в сутки - 6 недель. Группа 2- контрольная без милдроната.

Анализ полученных результатов показал у больных 1- группы значительное улучшение клинического состояния к концу 6-й недели лечения. Выявлено увеличение (ТШН) на 11%. Об эффективности терапии говорит снижение ФК тяжести ХСН на 42,5% и 39,9% соответственно, в 1-й и во 2-й – группах. По результатам Миннесотского опросника качества жизни в целом у всех больных после проведенного лечения произошло улучшение на 5 баллов (9,4%). При сопоставлении показателей систолической функции левого желудочка до и после проведенного комплексного лечения, включавшего милдронат, было отмечено достоверное увеличение фракции выброса до 11,6%. Отмечена тенденция к повышению СКФ, ФПР в 1-группе больных. Частота встречаемости больных с истощённым ФПР в конце исследования была достоверно меньше в группе пациентов, получавших базисную терапию + милдронат, что свидетельствует об улучшении функционального состояния почечной паренхимы и появления, под влиянием милдроната возможности увеличения почечной фильтрации при стимуляции. МАУ и β-2 микроглобулин достоверно уменьшился на 16,6% в группе больных получавших базисную терапию.

Выводы: Использование милдроната в комплексной терапии больных ХСН значительно улучшает функционального состояния почек.

0409 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КОЛЛЕКТИВЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ г.МОСКВЫ

Карамнова Н.С., Григорян Ц.А., Олейникова Н.В., Худяков М.Б., Калинина А.М
ФГУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, Москва Россия

Врачи и медицинские сестры, как работники учреждений сферы здравоохранения, выделены в целевую группу для проведения дополнительной диспансеризации, направленной на раннее выявление и профилактику социально-значимых заболеваний (приказ МЗ и СР РФ от 22. 03.06 № 188 «О порядке и объеме проведения дополнительной диспансеризации граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях»).

Цель: оценить распространенность основных поведенческих факторов риска ССЗ в коллективе медицинских работников первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы: проведено медико-профилактическое скрининг-обследование медицинских работников трех городских поликлиник СЗАО г.Москвы. Обследование включало: клинический осмотр, измерение АД, подсчет ЧСС за одну минуту; антропометрию, измерение окружности талии и бедер, расчет индекса массы тела и индекса талия/бедро, лабораторное обследование: определение уровня общего холестерина и определение уровня глюкозы крови в капиллярной крови при помощи тест, инструментальное обследование: регистрация ЭКГ-покоя. В случае выявления повышенных уровней АД проводилось дополнительное обследование, согласно Рекомендациям ВНОК (2001, 2004).

Результаты: обследовано 302 человека в возрасте с 19 до 64 лет, средний возраст составил 46,4±1,4 лет. Среди обследованных: 11,6% мужчин, средний возраст 47,2±11,2 года и 88,4% женщин, средний возраст 46,2±11,4 года. Скрининг-обследование прошло 45,0% врачей разных специальностей и 55,0% медицинских сестер, отклик составил 86,9%.

Среди обследованных лиц: 53,6% человека имели артериальную гипертонию (АГ), впервые выявленную – 16,7% от лиц с АГ. Выполняли самоконтроль артериального давления 38,8% среди всех обследованных и только 16,0% среди лиц с АГ. Из числа лиц с АГ: 69,1%- принимают антигипертензивные препараты, лечение эффективно у 58,0% человек (средние уровни: САД - 132,5±11,7; ДАД – 82,2±7,8 мм рт ст.). Оптимальный уровень АД имели 8,6% человек среди лиц с АГ:, нормальный уровень АД – 16,7%; высокое нормальное – 15,4%; гипертонию 1 степени – 30,9%; гипертонию 2 и 3 степени – 16,7% и 0,6% соответственно, и 11,1% - изолированную систолическую АГ.

На момент обследования курили- 29,8% обследованных, из них 58,9% лица с АГ; курили в прошлом 6,9% человек, их них 33,3% лица с АГ. Среди прошедших обследование: 66,9% - имели значения ОХС крови выше 5,0 ммоль/л, из них 63,9% были лица с АГ. У 5,0% обследованных был диагностирован повышенный уровень глюкозы крови, из них 93,3% это- лица с АГ.

Избыточную массу тела имели 38,7% всех обследованных, из них 56,4% лица с АГ; ожирение имели 19,5% обследованных, из них 76,3% лица с АГ. Абдоминальное ожирение выявлено у 37,4% обследованных, из них 67,3% лица с АГ.

Выводы: выявлена высокая распространенность основных поведенческих факторов риска ССЗ, что определило приоритеты для формирования медицинского профилактического вмешательства в коллективе медицинских работников.

0410 РАССМОТРЕНИЕ СОЧЕТАНИЯ ПАТОЛОГИИ СЕРДЦА С РЕСПИРАТОРНЫМИ ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Каратаева Л.А., Габченко А.К., Искандаров А.И., Мусаев А.А.
ТашПМИ, Ташкент, Узбекистан; НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, Москва, Россия

Актуальность: согласно литературным данным сердечная патология стоит на 2 месте по причинам детской смертности.

Цель: морфологическое исследование умерших новорожденных и детей раннего возраста в структуре смертности.

Материалы и методы исследования: исследования секционного материала умерших новорожденных и детей раннего возраста на базе патологоанатомического отделения клиники ТашПМИ.

Нами был исследован секционный материал 8 новорожденных с различными врожденными патологиями сердца (ВПС) и 3 с миокардитом в возрасте 2 лет и 2 с кардиомиопатией 3-х лет. Было произведено бактериологическое, гистобактериологическое, иммунофлюорестентное исследование сердечно-сосудистой и бронхолегочной систем.

Комплексное иммунофюористентное, бактериологическое, гистобактериоскопическое исследование сердечно-сосудистой и бронхолегочной систем показало, что ВПС создали условия для развития острых респираторных вирусно-бактериальных инфекций и пневмоний, приведших в 63% к смертности Безусловно, воспаление бронхолегочной системы во всех этих случаях усугубляло поражение сократительного миокарда и играло определенную роль в смертельном исходе. В остальных (37%) случаях смерть была обусловлена преимущественно декомпенсацией сердечно-сосудистой деятельности.

Иммунофлюористентное исследование показало, что при вирусных пневмониях превалирует парагрипп в ассоциации с респираторно-синцитиальной и аденовирусной инфекциями, а при бактериальных пневмониях часто выявляются грамотрицательные палочки (клебсиелла, протей и др.)

Встречаются различные комбинации вирусно-бактериального характера (парагрипп, грипп, стафилококки, протей). Такое обилие вирусно-микробной флоры при ВПС значительно затрудняет суждение о непосредственной причине смерти в каждом конкретном случае.

Результаты исследования: в результате комплексных морфогистохимимческих и биохимических исследовании различных отделов сердца было установлено уменьшение белково-энергитических ресурсов в сократительном миокарде (уменьшение количества гликогена, нуклеопротеидов) вплоть до жировой дистрофии и мелкоочаговых некрозов, также установлено резкое нарушение микроциркуляции.

Выводы: таким образом, в структуре ранней детской смертности важное место занимает сочетание патологии сердца с респираторными вирусно-бактериальными инфекциями и пневмониями, которые имеют тенденцию к нарастанию.

0411 ПОРАЖЕННОСТЬ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ ПО ДАННЫМ ПЛАНОВОЙ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ

Кардашевская Л.И., Михайличенко Е.С., Романенко Р.Н., Полякова О.А., Кравченко И.Н.
Институт Неотложной и Восстановительной Хирургии АМН Украины, Донецкий национальный медицинский университет, Донецк, Украина

Цель: изучить уровень и структуру поражений коронарных артерий (КА) у больных Донецкого региона ишемической болезнью сердца (ИБС) в зависимости от факторов риска по данным диагностической коронароангиографии (КАГ).

Материал и методы: Анализировались результаты КАГ у 299 больных ИБС, стенокардией напряжения III-IV ФК, среди которых мужчин было – 245 (82%), женщин – 54 (18%). Инфаркт миокарда в анамнезе был у 186 больных (62,2%), сахарный диабет – у 25 (8,4%), артериальной гипертензией страдали 237 (79,3%) обследуемых.

Результаты: Из 299 диагностических КАГ у 225 (75,3%) выявлено стенотически значимое поражение КА. Изолированное поражение левой коронарной артерии (ЛКА) – в 61 (27,1%) случаях, правой коронарной артерии (ПКА) – в 22 случаях (9,8%), ЛКА+ПКА – в 142 (63,1%) случаях. Нами отмечено, что поражение ЛКА встречалось в 2,8 раза чаще, ПКА, а многососудистое поражение КА – на 71,1% чаще, чем односсудистое. Частота поражений КА у мужчин была на 19,2% выше, чем у женщин, односсудистое поражение КА встречалось реже, чем у женщин на 14,3%, в то время как многососудистое – на 62,1% чаще. Как у мужчин, так и у женщин изолированное поражение ПКА наблюдалось значительно реже, чем ЛКА. Обращает внимание высокий уровень поражения КА у мужчин во всех возрастных группах. Это различие нивелируется к 70 годам. Анализируя динамику частоты поражения КА в зависимости от пола и возраста, следует отметить резкий рост их поражения у мужчин с 45 лет, у женщин – с 55 лет. С 50 лет у мужчин и 55 лет у женщин уровень поражения КА остается высоким и существенно не меняется с возрастом.

Выводы: Несмотря на наличие тяжелой стенокардии у 26% обследуемых Донецкого региона не было выявлено стенотически значимого поражения КА при КАГ. У мужчин частота поражения КА выше, чем у женщин. При этом у них преобладает многососудистое поражение.

У женщин чаще, чем у мужчин встречается односсудистое поражение КА (чаще ЛКА), резкий рост многососудистого поражения КА приходится на 60–65 лет. Следует отметить высокую частоту сочетания поражения КА с сопутствующей артериальной гипертензией (79,3%).

0412 ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИИ АОРТОКОРОНАРНЫХ ШУНТОВ

Кардаш О.Ф., Бейманов А.Э., Мороз-Водолажская Н.Н., Островский Ю.П.
Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь

По данным повторных ангиографических исследований в течение первого месяца после АКШ окклюзируются от 8 до 18% шунтов, в течение 12 месяцев общая частота окклюзий достигает 16-26%, а через 5-7 лет после операций составляет 25-53%. Дисфункция шунтов требует их динамической оценки на разных этапах послеоперационного периода для определения эффективности реваскуляризации миокарда и разработки тактики лечения пациента.

Цель. Определить диагностические возможности ультразвукового исследования в оценке функции аортокоронарных шунтов к передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ), задней межжелудочковой ветви (ЗМЖВ), диагональной ветви (ДВ).

Материалы и методы. В исследование включено 118 больных после АКШ с использованием артериальных или/и венозных графтов со стенозами 1-4 коронарных артерий (в среднем 2,6±0,1). Средний возраст больных составил 58,1±0,9лет (от 42 до 74 лет). Эхокардиографическое исследование выполнялось на аппарате Hewlett Packard 5500, США с датчиком 2,0/2,5 МГц в режиме триплексного сканирования. Коронарный резерв определялся во время фармакологической пробы с дипиридамолом (в дозе 0, 56 мг\кг), локальная сократимость миокарда левого желудочка оценивался на максимальной дозе препарата (0,84мг\кг). Для определения диагностического значения метода проводилась коронароангиография в сочетании с шунтографией.

Результаты. Коронарный резерв по артериальному или венозному шунту более 300% в 47 шунтах позволил предсказать проходимость графта в 100% случаев. Коронарный резерв по артериальному и венозному шунту <200% определялся в 45 шунтах, 93,3% из которых демонстрировали гемодинамически значимый стеноз шунта. Коронарный резерв более 200%, но менее 300% регистрировался у 50 шунтах и сочетался со стенозом артериального шунта в 20% случаев. Чувствительность коронарного резерва для определения дисфункции аортокоронарных графтов составила 80,8%, специфичность 96,7% при достоверности $p<0,05$.

Больным с коронарным резервом более 200%, но менее 300% дополнительно оценивались диагностические критерии стресс-эхокардиографии, что позволило увеличить чувствительность метода в диагностике дисфункции шунтов до 92,3%.

Выводы. Ультразвуковое исследование коронарного резерва является диагностически точным методом оценки функции аортокоронарных шунтов к ПМЖВ, ДВ, ЗМЖВ. Одновременное определение локальной сократимости миокарда увеличивает чувствительность метода.

0413 ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ТЕЧЕНИЕ ИБС НИЗКОГО РИСКА

Каретникова В.Н., Бернс С.А, Авраменко О.Е., Поликутина О.М., Барбараш О.Л.
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия», Кемерово, Россия; Кемеровский кардиологический диспансер, Кемерово, Россия

Цель: определить влияние сахарного диабета 2 типа на течение ИБС у больных с нестабильной стенокардией низкого риска (по классификации Е. Браунвальда).

Методы: обследовано 58 больных с нестабильной стенокардией низкого риска в сочетании с сахарным диабетом 2 типа и 62 пациента с нестабильной стенокардией низкого риска без нарушений углеводного обмена. Больные сопоставимы по возрасту, полу, длительности анамнеза ИБС, а также не различались по степени поражения коронарного русла. Всем пациентам оценивали липидный спектр, С-реактивный белок, фибриноген, уровень интерлейкинов (ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10), Д-димера; определяли эндотелиальную функцию (эндотелий-зависимую вазодилатацию), определяли комплекс интима-медиа сонной артерии.

Результаты: полученные данные выявили увеличение индекса массы тела (32,39±5,54 vs 28,49±4,08; p=0,001), уровня Д-димера (0,49±0,12 vs 0,33±0,10; p=0,05) и комплекса интима-медиа (0,126±0,014 vs 0,122±0,014; p=0,054) в группе больных нестабильной стенокардией в сочетании с сахарным диабетом 2 типа. Кроме того, больные с сахарным диабетом характеризовались более неблагоприятными показателями липидного спектра (индекс атерогенности достоверно выше в основной группе), выявлена тенденция к нарушению эндотелий-зависимой вазодилатации, проявляющаяся более высокими показателями D1 и D2 (статистически различия недостоверны). Наличие сахарного диабета 2 типа ассоциировалось с повышением провоспалительного статуса (ИЛ-6, СРБ, фибриногена).

Выводы: наличие сахарного диабета 2 типа несомненно является отягощающим фактором у больных со стенокардией низкого риска и, возможно, факт наличия сахарного диабета позволяет рассматривать эту группу больных как пациентов высокого риска развития неблагоприятных исходов.

0414 ХАРАКТЕР СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ПРИ КАЛЬЦИНИРОВАННОМ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ

Карпова Н.Ю., Ядров М.Е., Рашид М.А., Шостак Н.А., Казакова Т.В., Румянцев О.Н.
Кафедра факультетской терапии им. акад. А.И. Нестерова ГОУ ВПО «РГМУ» Росздрава, Москва, Россия; ГКБ № 55, Москва, Россия

Цель: Изучить особенности субклинического воспаления (СВ) у больных кальцинированным аортальным стенозом (КАС) в сопоставлении с клиническими симптомами заболевания, параметрами внутрисердечной гемодинамики и показателями липидного спектра.

Методы: Концентрация интерлейкина-1β (ИЛ-1β), интерлейкина-6 (ИЛ-6), фактора некроза опухолей альфа (ФНО-α), С-реактивного протеина (СРП) определялась у 77 больных КАС и у 30 пациентов группы контроля в возрасте старше 65 лет с помощью тест систем иммуноферментного анализа. Также изучено содержание 5 основных показателей липидного спектра. Всем пациентам проведено дуплексное допплер-эхокардиографическое исследование (2ДЭхоКГ).

Результаты: В обеих группах исследования отмечена прямая зависимость концентрации ИЛ-6 от возраста (p<0,04), что характеризует его в качестве «цитокина геронтологов». Достоверной зависимости маркеров СВ от тяжести аортального стеноза и/или выраженности кальциноза клапана аорты не получено. У больных КАС повышение уровня СРП выявлено у - 83,1%, ФНО-α у - 50,7%, ИЛ-6 – у 23,4% и ИЛ-1бета у – 19,5% больных соответственно. Частота патологических значений и абсолютные показатели маркеров в 2 группах достоверно не отличались, что позволяет объяснить полученные результаты возрастной дисфункцией иммунной системы. Для больных с повышенным СРП оказалось характерным наличие типичного ангинозного приступа (60,9% и 23,1%; p=0,015). Продемонстрировано негативное влияние повышенных концентраций ИЛ-6 на систолическую и диастолическую функцию миокарда ЛЖ больных КАС, заключавшееся в снижении ФВ (p=0,02), расширении полостей ЛЖ (p=0,37), и смещении показателя Е/А в сторону рестриктивных нарушений (p=0,019). При этом вышеуказанные изменения сопровождались «нормализацией» атерогенного спектра, включавшее достоверное увеличение ХС ЛПВП (1,1 и 0,74 ммоль/л.; p=0,047) и достоверное снижение индекса атерогенности (3,7 и 6,2; p=0,031), что диктует необходимость изучения других (не связанных с ИБС) причин развития ХСН у больных КАС. Повышение ФНО-альфа сопровождалось увеличением частоты одышки (84,2% и 71,8%), головокружений (78,9 и 74,3%), стенокардии (60,5% и 48,7%), сочетавшееся с возрастанием числа перенесенных инфарктов миокарда (31,5% и 28,2%) и ОНМК (18,4% и 17,9%) в анамнезе, что соответствует определению саркопении (syndrome of frailty). У лиц с пароксизмальной ночной одышкой, а также с приступами фибрилляции предсердий отмечено повышение значений интерлейкина-1 бета (p=0,006 и p=0,017 соответственно), отражающее преходящий характер вышеуказанных состояний.

Выводы: Полученные результаты демонстрируют неблагоприятный профиль субклинического воспаления у больных аортальным стенозом в пожилом возрасте, и позволяет использовать вышеуказанные маркеры для комплексной оценки состояния пациентов.

0415 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Каспрук Г.Б., Митченко Е.И., Романов В.Ю., Беляева Т.В.
ННЦ “Институт кардиологии им. академика Д.Н. Стражеска”, Киев, Украина

Цель: Изучить особенности гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) у женщин (Ж) и мужчин (М) с нарушениями углеводного обмена (НУО) на фоне метаболического синдрома (МС).

Методы: Обследовано 190 пациентов с гипертонической болезнью II ст., средний возраст (54,0±0,7) года, 114 женщин (60%) и 76 мужчин (40%). Всем пациентам проведены антропометрические измерения, определение индекса массы тела (ИМТ), анализы глюкозы и инсулина натощак, ультразвуковое исследование сердца с вычислением относительной толщины стенок (ОТС), массы миокарда левого желудочка (МЛЖ) ее индекса (ИМЛЖ), который определяли как отношение МЛЖ к росту2,7. ГЛЖ диагностировали при ИМЛЖ ≥51 г/м2,7 у М и ≥47г/м2,7 у Ж. Пациенты разделены на группы: с инсулинорезистентностью (ИР) (n=63), с нарушением толерантности к глюкозе (НТГ) (n=65), с сахарным диабетом (СД) (n=27). 63 пациента без НУО были контрольной группой. У 87% пациентов выявлена избыточная масса тела (ИМТ>25 г/м^2).

Результаты: У пациентов с НУО при сравнении с пациентами без НУО ИМТ недостоверно больше, а окружность талии (ОТ) достоверно больше только у М. При проведении корреляционного анализа выявлено, что у М связь ИМЛЖ с уровнем глюкозы более тесная (r=0,41; p<0,0001), чем у Ж (r=0,30; p<0,001), а достоверная корреляция ИМТ с индексом HOMA (r=0,31; p<0,001) и уровнем инсулина (r=0,25; p<0,01) выявлена только у М. ИМЛЖ достоверно больше, чем в группах без НУО у Ж только в группе с СД, а у М во всех группах с НУО. По мере ухудшения УО ОТС у Ж увеличивается достоверно (p<0,05), у М – недостоверно. Средняя величина ОТС у Ж (0,42±0,02) больше, чем у М(0,40±0,02). Только у Ж выявлена связь ОТС с МЛЖ (r=0,25; p<0,05), а также с уровнем инсулина (r=0,18; p<0,05) и индексом HOMA (r=0,18;p<0,05). У Ж

эксцентрическая ГЛЖ (ЭГЛЖ) выявлялась реже (55%), чем у М (72%), а концентрическая ГЛЖ (КГЛЖ) - чаще (36,5%), чем у М (24,5%), ее выявление увеличивалось по мере ухудшения УО у обоих полов. ЭГЛЖ выявлялась чаще в группе Ж без НУО (63%), чем в группе М без НУО (42%). А в группах с НУО количество выявленной ЭГЛЖ была большей у М (72%), чем у Ж (55%). ИМЛЖ (г/м2,7) у Ж (78,1±6,1; p<0,05) и М (69,5±2,5; p<0,001) с СД достоверно больше, чем у Ж (61,3±2,3 и М (54,2±2,5) без НУО. У пациентов с СД не выявлено нормальной геометрии ЛЖ (НГЛЖ), и значительно увеличивается процент КГЛЖ до 44 % у Ж и 33 % у М.

Выводы. У пациентов с МС выявлено ухудшение характеристик УО параллельно с увеличением ИМТ и ОТ, у М больше, чем у Ж. Выявлены корреляционные связи ИМЛЖ с уровнем глюкозы и индексом HOMA, более тесные у М, чем у Ж. У Ж с нарушениями углеводного обмена МЛШ в основном увеличивается за счет утолщения стенок ЛЖ, о чем свидетельствует достоверная корреляционная связь ОТС с МЛЖ, и более частое, чем у М выявление КГЛЖ У М при наличии НУО достоверно увеличивается МЛЖ, а ОТС - недостоверно, поэтому чаще, чем у Ж выявляется ЭГЛЖ. У пациентов с СД ИМЛЖ значительно увеличен, не выявляется НГЛЖ и увеличивается выявление КГЛЖ.

0416 ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НЕБИВОЛОЛОМ И МОЭКСИПРИЛОМ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА И ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кастанаян А.А., Дмитриева А.А., Воробьев Б.И, Иванов И.В., Хлопонин Д.П., Кротова Ю.Н., Каплина Е.Н.
РостГМУ, Ростов-на-Дону, Россия

Цель: оценка влияния β-блокатора небиволола и ингибитора АПФ моэксиприла на процессы патологического ремоделирования сердца и интенсивность аутоиммунного воспаления на фоне хронической сердечной недостаточности (ХСН) ишемического генеза.

Методы: в ходе исследования у 26 пациентов, 21 мужчины и 5 женщин (среди которых 10 человек перенесли АКШ давностью 1-4 года) в возрасте от 32 до 82 лет с хронической сердечной недостаточностью 2-3 стадии II-IV функциональных классов по NYHA на фоне ишемической болезни сердца определялся тип гипертрофического ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) при использовании ультразвукового сканера датчиком 3,5 МГЦ в одно-, двухмерном и доплеровском режимах. Оценивались индекс сферичности ЛЖ в систолу и диастолу (ИС), индекс относительной толщины стенок в диастолу (ИОТ), интегральный систолический и диастолический индексы ремоделирования (соответственно ИСИР и ИДИР), миокардиальный стресс по меридиану в систолу и диастолу (МСс и МСд). Параллельно проводилось определение цитокинового профиля: ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8, рецепторного антагониста ИЛ-1(ИЛ-1 РА), γ-ИФ методом иммуноферментного анализа в сыворотке крови больных. Определение параметров выполнялось дважды с интервалом 24 недели, в течение которых пациенты получали небиволол в дозе от 1,25 до 5 мг и моэксиприл в дозе от 3,75 до 7,5 мг в сутки.

Результаты: по данным ультразвукового исследования после 6-месячной комбинированной терапии небивололом и моэксиприлом было отмечена положительная динамика параметров ремоделирования: достоверное уменьшение МСс и МСд, в среднем на 22,4% и 14,3% соответственно (p<0,05), снижение ИС по сравнению с исходными данными в среднем на 10,1% и 9,7% в систолу и диастолу соответственно (p<0,05); что сопровождалось достоверным снижением ИЛ-1 на 34,4%, ИЛ-8 на 27% (p<0,05). При этом более низкий уровень аутоиммунного воспаления исходно, а также более выраженное уменьшение показателей после лечения отмечались в подгруппе пациентов с выполненным АКШ в анамнезе.

Выводы: показано, что назначение длительной комбинированной терапии небивололом и моэксиприлом может быть использовано для замедления функционально-структурной перестройки миокарда ЛЖ и предотвращения или обратного развития ХСН ишемического генеза, и сопряжено с коррекцией нарушений иммунного статуса.

0417 ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НЕБИВОЛОЛОМ И МОЭКСИПРИЛОМ НА ДИНАМИКУ ЭЛАСТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ АОРТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кастанаян А.А., Дмитриева А.А., Ерошенко О.Л, Иванов И.В., Хлопонин Д.П., Кротова Ю.Н., Каплина Е.Н.
РостГМУ, Ростов-на-Дону, Россия.

Цель: оценка влияния b-блокатора небиволола и ингибитора АПФ моэксиприла на эластические свойства аорты с помощью определения поперечной растяжимости восходящего отдела аорты в динамике.

Методы: в ходе исследования у 26 пациентов (21 мужчины и 5 женщин) в возрасте от 32 до 82 лет с хронической сердечной недостаточностью 2-3 стадии II-IV функциональных классов по NYHA на фоне ишемической болезни сердца оценивалась поперечная растяжимость восходящего отдела аорты при использовании ультразвукового сканера датчиком 3,5 МГЦ в одно-, двухмерном и доплеровском режимах (выявлялись максимальная и минимальная площадь поперечного сечения восходящего отдела аорты на протяжении сердечного цикла с учетом пульсового давления). Определение показателя выполнялось с интервалом 24 недели, в течение которых пациенты получали небиволол в дозе от 1,25 до 5 мг и моэксиприл в дозе от 3,75 до 7,5 мг в сутки.

Результаты: по данным ультразвукового исследования после 6-месячной комбинированной терапии небивололом и моэксиприлом было отмечено достоверное увеличение поперечной растяжимости восходящего отдела аорты по сравнению с исходными данными до 92,4% (p<0,05)

Выводы: выявлено эффективное действие длительной терапии небивололом и моэксиприлом на улучшение показателей эластических свойств аорты, что позволяет уменьшать постнагрузку левого желудочка и, соответственно, оказывать влияние на его конечный систолический и диастолический объемы, улучшая коронарный кровоток и трофику субэндокардиальных отделов миокарда.

0418 СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БЛОКАТОРОВ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Кастригина Г.Н., Дупляков Д.В., Адонина Е.В., Ксенофонтова Л.В., Тюрина И.А., Казанская Е.М., Габриелян Д.Г.
СОККД, Самара, Россия

Метаболический синдром (МС) – это комплекс патогенетически взаимосвязанных нарушений углеводного, липидного, пуринового обмена, инсулинорезистентности, висцерального ожирения и артериальной гипертонии.

Цель исследования: изучить эффективность применения эпросартана мезилата и ирбесартана у пациентов с артериальной гипертонией и МС.

Методы исследования: в исследование включены 20 пациентов из них 9 мужчин и 11 женщин, средний возраст 59 лет. Средняя длительность артериальной гипертензии составила от 5 до 30 лет.

Исходный уровень: систолическое АД (САД) 140-180 мм рт.ст., диастолическое АД (ДАД) 90-115 мм рт.ст. Наблюдение проводили в течение 10 недель.

Динамика гипотензивного действия оценивалась ежедневно по уровню АД и ЧСС. Больным до и после лечения исследовали общие анализы крови, мочи, определяли концентрацию калия, натрия, креатинина, мочевины в плазме крови, определяли

углеводный и липидный обмен, проводили суточное мониторирование АД, эхокардиографию, измеряли массу тела, окружность талии.

Больные были разделены на 2 группы- 10 человек получали эпросартана мезилата 600 мг и 10 человек ирбесартана 300 мг.

Полученные результаты: к 10 неделе лечения у больных первой группы САД снизилось на 12,5-13,9%, ДАД на 11,6±12,1%. У больных 2 группы САД снизилось на 12,3±13,2%, ДАД на 11,4±12,2% (p<0,001). Прием эпросартана мезилата 600мг или ирбесартана 300мг сопровождались улучшением метаболических показателей, произошло значимое улучшение большинства показателей липидного обмена. На фоне приема эпросартана мезилата 600 мг уровень общего холестерина снизился с 220,3±4,5 мг% до 180,5±1,8 мг% (p<0,001), триглицеридов с 210,7±5,1 мг% до 150,8±1,22 мг% (p<0,001), ХС ЛПНП снизился с 180,5±1,8 мг% до 120,8±0,72 мг% (p<0,001), ХС ЛВП повысилось с 35,3 ±0,22мг% до 45,3±0,35 мг% (p<0,001).

На фоне приема ирбесартана 300 мг уровень общего холестерина снизился с 220,3±4,5 мг% до 182,4±3,2 мг%, Триглицеридов с 210,7±5,10 мг% до 153,7±3,2 мг%, уровень ЛПНП снизился с 180,5±0,8 мг% до 130,2±1,2 мг%, Концентрация ХСЛВП повысилась с 35,3±0,22 мг% до 44,2±0,34 мг%.

На фоне приема эпросартана мезилата и ирбесартана у больных снизился через 10 недель уровень глюкозы на 0,42± 0,71 ммоль/л.

Концентрация креатинина в плазме крови до начала и в конце исследования не отличалась.

Выводы: Эпросартана мезилат и ирбесартан достоверно однонаправлено снижают артериальное давление, улучшают метаболический профиль у пациентов с артериальной гипертензией и МС. Побочных эффектов в исследуемых группах не наблюдали. Эпросартана мезилат и ирбесартан - эффективные и безопасные препараты для лечения артериальной гипертензии у пациентов с метаболическим синдромом.

0419 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ ЖЕНЩИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА 20-59 ЛЕТ г.СУМГАИТ

Касумова Ф.Н., Касумова Ф.З., Мамедова Р.Н., Гаджиева Г.К.
Азербайджанский Государственный институт им.А.Алиева, Баку, Азербайджан

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) - одно из самых распространенных заболеваний сердечно - сосудистой системы. За последние годы наблюдается рост заболеваемости и смертности от ИБС не только в мужской популяции, но и среди женщин. В профилактике ИБС играет важное значение воздействие на факторы риска, что позволяет значительно снизить распространенность, частоту возникновения осложнений и смертность от этого грозного заболевания.

Нами было проведено эпидемиологическое обследование 935 женщин, среди которых 160 были в возрасте 20-29 лет, 295- в возрасте 30-39 лет, 260-40-49 лет и 138-50-59 лет.

В каждой возрастной группе изучалась частота следующих факторов риска ИБС: низкая физическая активность (НФА), индекс массы тела (ИМТ) и соответственно распределение по степени ожирения -I, II и III степени, артериальная гипертензия (АГ) и дислипидемия. Примечательно отметить, что в данной популяции отсутствовали такие факторы риска как курение и употребление алкоголя.

Нами было установлено, что самый распространенный фактор риска – НФА был выявлен у 68,55% обследованных, особенно в IV возрастной группе (74,54%), ИМТ, дислипидемия и АГ встречались примерно с одинаковой частотой -31,55%, 31,32 % и 31,97% соответственно. Следует отметить, что во всех 3-х случаях наибольшая частота этих факторов риска отмечается в IV возрастной группе.

Таким образом, в профилактике ИБС следует уделять особое внимание борьбе с низкой физической активностью, воздействие на которую неизбежно повлечет за собой снижение и других сопряженных с ней факторов риска.

0420 ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА СРЕДИ МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В г.СУМГАИТ

Касумова Ф.Н., Исрафилов Э.Ф., Касумова Ф.З., Мамедова Р.Н.
Азербайджанская Республика, Азербайджанский Государственный институт им. А.Алиева, Баку, Азербайджан

Большое количество исследований, прежде всего эпидемиологических, показала четкую связь между уровнем липидного обмена и поражением органов сердечно-сосудистой системы.

Нами была проведена одномоментная репрезентативная выборка среди мужчин трудоспособного возраста, проживающих в г.Сумгаит.

Исследование прошли 865 мужчин, из них у 216-ти (25%) была определена в плазме крови после 14-ти часового голодания концентрация холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ) и α-холестерина (α-ХС). Все обследуемые были разделены на 4 возрастные группы: I группа (20-29), II группа (30-39), III группа (40-49), IV группа (50-59) лет.

В результате исследования было установлено распределение дисслипидемии в возрастных группах следующим образом: средняя концентрация ХС в I группе – 4,81±0,13, II группе -5,51 ±0,12, III группе- 5,65±0,4 и в IV группе-5,63±0,3 ммоль/л. В общей популяции 20-59 лет концентрация ХС составляла 5,39±0,06 ммоль/л. Средняя концентрация ТГ имела следующую картину: I -1,5±70,4, II-1,78 ±0,07, III - 1,97±0,12 и в IV - 1,92±0,09 ммоль/л. В общем по всей популяции концентрация ТГ составила 1,8±0,04 ммоль/л и, наконец, концентрация α- ХС представлялась следующими значениями: I -1,43±0,05, II-1,22 ±0,04, III - 1,07±0,04 и в IV -1,02±0,03 ммоль/л. По всей популяции -1,19±0,02 ммоль/л.

Проведенное нами исследование продемонстрировало, что картина гиперхолестеринемии (уровень ХС≥6,0 ммоль/л) не наблюдалась ни в одной возрастной группе. В отличие от этого, во всех возрастных группах наблюдалась гипо α- холестеринемия (уровень α-ХС ≤0,9 ммоль/л). Средняя концентрация ТГ во всех возрастных группах, за исключением I-ой, носила высокий характер, т.е. отмечалась гипертриглицеридемия (концентрация ТГ ≥ 1,7 ммоль/л).

Гиперхолестеринемия отмечалась у 17,6±1,3%, гипертриглицеридемия у 29,6±1,6% и гипо α- холестеринемия у 14,4±1,2% из всех обследуемых.

В результате проведенного нами исследования выявлено широкое распространение гипертриглицеридемии у данной мужской популяции, что говорит о том, что они входят в высокую группу риска осложнений сердечно-сосудистой системы.

0421 ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА В ОТДЕЛЬНОСТИ И В РАЗЛИЧНЫХ СОЧЕТАНИЯХ

Касумова Ф.Н., Исрафилов Э.Ф., Касумова Ф.З., Мамедова Р.Н.
Азербайджанская Республика, Азербайджанский Государственный институт им. А.Алиева, Баку, Азербайджан

Учитывая негативное влияние ишемической болезни сердца (ИБС) на показатели инвалидизации и смертности, она является одной из главных нерешенных проблем для органов здравоохранения во многих экономически развитых странах.

Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения во всем мире отмечается тенденция роста заболеваемости ИБС. Причиной такого роста является значительное распространение факторов риска этого заболевания. Возникновение ИБС тесно связано с образом жизни и наличием факторов риска. Установлено, что изменение образа жизни и борьба с факторами риска могут замедлить развитие ИБС.

Исходя из этого, мы поставили перед собой цель изучить частоту встречаемости и распространенности ИБС и факторов риска среди мужского населения трудоспособного возраста.

Нами было обследовано 865 мужчин в возрасте 20-59 лет, проживающих на территории г.Сумгаит.

Во время исследования была изучена частота встречаемости основных факторов риска, согласно стандартизованным методам исследования и их показателям: низкая физическая активность (НФА) - 57,8±1,7%; избыточная масса тела (ИМТ) - 44,3±1,7%; ожирение I степени -17,0±1,3%; ожирение II степени- 1,7±0,4%; артериальная гипертензия - 34,8±1,6%; курение- 62,9±1,6%; употребление алкоголя- 57,9±1,7%; гиперхолестеринемия - 17,6±1,3%, гипертриглицеридемия - 29,6 ±1,6% и гипо α- холестеринемия - 14,4±1,2%.

Частота встречаемости факторов риска у лиц с ИБС превышала в 1,5-3 раза по сравнению с лицами без ИБС. Среди факторов риска ИМТ, НФА, курение и употребление алкоголя встречалось у половины, а артериальная гипертензия и гипертриглицеридемия у 1/3 обследуемых. Следует отметить, что у лиц с ИБС не наблюдалось ни одного обследуемого с отсутствием факторов риска. У 94,4% обследуемых без ИБС отмечалось наличие хотя бы одного фактора риска. У 81,7% лиц с ИБС и 53,3% без ИБС наблюдалось сочетание 3-х и более факторов риска.

Таким образом, следует отметить, что наблюдается неблагоприятная эпидемиологическая ситуация в данном регионе, что требует усиления профилактических мероприятий по борьбе с факторами риска ИБС.

0422 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ: ФОКУС НА СОСУДЫ

Кательницкая Л.И., Хаишева. Л.А
ГОУ ВПО РостГМУ Росздрава, Ростов-на-Дону, Россия

Цель: изучение гендерных особенностей сосудодвигательной функции эндотелия (ФЭ) и скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ).

Методы: в открытом, не сравнительном исследовании участвовало 57 больных с ГБ: 1«а» подгруппа женщины в возрасте до 50 лет с сохраненной менструальной функцией (16 человек), 1«б» подгруппа женщины старше 60 лет в постменопаузе (14 человек); 2«а» подгруппа мужчина в возрасте до 50 лет (12 человек), 2«б» подгруппа мужчины старше 60 лет (15 человек). Все УЗИ были проведены на аппарате ATL APOGEE 800 PLUS (США), оценивали: реакцию на усиление кровотока является эндотелий зависимая вазодилатация (ЭЗВД), норма 10%, реакция на нитроглицерин (НГ) – эндотелий независимой вазодилатации (ЭНЗВД), норма 19%. Меньшая степень дилатации или вазоконстрикция считаются патологической реакцией. При изучения СРПВ методом объемной сфигмографии использовали следующие нормы СРПВ: по сосудам эластического типа (Сэ м\с): 14–30 лет - 5,7; 31-50 лет – 6,6; 51-70 лет – 8,5; 71 и старше 9,8; по сосудам мышечного типа (См м\с): 14–20 лет – 6,1; 21–30 лет – 6,8; 31-40 лет - 7,1; 41-50 лет - 7,4; 51 и старше 9,3. Статистическая обработка данных проведена с использованием программы статистического анализа «Statistica. 6» (Statsoft, США)

Результаты. При изучении ФЭ выявлено, что женщины с сохраненной менструальной функцией даже при наличии АГ имеют практически нормальные показатели как ЭЗВД 8,9±0,31 м\с, так и ЭНЗВД 18,7±0,23м\с. У мужчин в возрасте до 50 лет на фоне повышенных цифр АД мы наблюдали нарушение ЭЗВД 7,8±0,13 м/с и ЭНЗВД 16,5±0,45м\с, которые, однако, были незначительны и недостоверны в сравнении с их сверстницами. Женщины старшей возрастной подгруппы имеют максимальные нарушения ФЭ ЭЗВД 4,3±0,39 м\с и ЭНЗВД 14,1±0,42 м\с по сравнению с мужчинами ЭЗВД 6,7±0,24 м\с и ЭНЗВД 13,4±0,42 м\с ($p<0,05$) и со своими молодыми подругами ($p<0,05$).

У мужчин наблюдается прямая корреляционная взаимосвязь между возрастом и СРПВ в Сэ: ($r=0,34$, $p<0,05$ среди пациентов до 50 лет, и $r=0,72$, $p<0,05$) Между возрастом и СРПВ в См у мужчин взаимосвязи не выявлено. У женщин менструального возраста, взаимосвязь между СРПВ и Сэ очень слабая $r=0,22$, $p<0,05$, однако у пациенток старше 60 лет, $r=0,49$, $p<0,05$. В отличие от мужчин у женщин СРПВ по артериям мышечного типа на прямую зависит от возраста, прослеживается во всех возрастных группах: у пациенток молодого и среднего возраста $r=0,16$, $p<0,05$; у женщин пожилого возраста $r=0,31$, $p<0,05$.

Выводы: У женщин с ГБ и сохраненной менструальной функцией, в отличие от мужчин того же возраста, показатели сосудодвигательной функции эндотелия и эластичности сосудистой стенки имеют нормальные значения. У пациенток пожилого и старческого возраста наблюдаются прогрессивные нарушения сосудистой стенки, которые выражены значительно сильнее, чем у мужчин того же возраста.

0423 АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ И КАРДИОПРОТЕКТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКВАТОРА У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Кахраманова С.М., Бахшалиев А.Б.
Научно-Исследовательский Институт Кардиологии им. Дж.Абдуллаева, кафедра клинической фармакологии Азербайджанского Медицинского Университета, Баку, Азербайджан

Цель исследования: изучить антигипертензивную и кардиопротективную эффективность фиксированного комбинированного препарата экватора (амлодипин 5 мг, лизиноприл 10 мг, «Гедеон Рихтер») у больных эссенциальной гипертонией.

Материал и методы: в исследование включены 20 больных ЭГ II степени (ВОЗ/МОГ 1999) в среднем возрасте 52,3 (38-67) лет. Средняя длительность артериальной гипертонии (АГ) составила 6,7 (4-9) лет. Суточный профиль артериального давления (АД) изучался при помощи системы неинвазивного суточного мониторирования АД. Эхокардиографическое исследование проводилось в М-режиме. Рассчитывали вариабельность АД, показатели «нагрузки давлением», массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ) и индекс ММЛЖ (ИММЛЖ). Наличие гипертрофии ЛЖ (ГЛЖ) диагностировали при ИММЛЖ более 125 г/м^2. Терапия экватором проводилась в течение 12 недель.

Результаты: на фоне терапии экватором отмечалась высокая антигипертензивная эффективность препарата по данным суточного мониторирования АД, при этом уровень среднесуточного систолического АД (САД) снизился на 15,1%, среднесуточного диастолического АД (ДАД) – на 16,9% ($p<0,001$). Отмечалась достоверная нормализация исходно нарушенной вариабельности дневного САД ($p<0,005$), дневного и ночного ДАД ($p<0,005$); снижение показателей индекса «нагрузки давлением». Кардиопротективный эффект препарата проявлялся в достоверном снижении ИММЛЖ: 181,5 (141-223) г/м^2 до лечения против 160,1 (123-209) г/м^2 , $p<0,005$ на фоне терапии экватором. Переносимость препарата была хорошей.

Заключение: терапия фиксированным комбинированным препаратом экватором у больных ЭГ характеризуется высокой антигипертензивной эффективностью, улучшением нарушенной вариабельности АД, снижением показателей «нагрузки давлением». Кардиопротективная эффективность препарата проявлялась в достоверной регрессии ИММЛЖ.

0424 ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ И РИТМА СЕРДЦА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Каштальян О.А., Пристром М.С.
Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Беременность является значительной нагрузкой для организма матери, требует значительных резервных сил, направленных на создание оптимальных условий для развития плода. Циркадная изменчивость параметров ритма сердца является оригинальным проявлением вариабельности ритма сердца (ВРС) и от-

ражает функциональные резервы сердечно-сосудистой системы при адаптации к беременности. Несмотря на огромный интерес к проблеме ВРС у беременных женщин многие вопросы изучены недостаточно.

Целью работы явилось изучение у беременных женщин адаптационных изменений показателей ВРС и кардиогемодинамики.

Материалы и методы. Обследовано 92 женщины в возрасте 18-35 лет, из них 32 беременных с гестозом легкой и средней степени тяжести на сроках 28-32 недель (основная группа). В группу сравнения вошли практически здоровые небеременные женщины (n=30), контрольную - 30 женщин с физиологическим течением беременности на сроках 28-32 недель.

Наряду с общеклиническими методами исследования женщинам проводились Холтеровское мониторирование (ХМ), эхокардиография. профиль артериального давления (АД), а также кардиотокографическое, ультразвуковое исследование плода. Для оценки циркадной динамики ЧСС матери использовали циркадный индекс (ЦИ - отношение средней ЧСС в период бодрствования к средней ЧСС в период ночного сна), который относится к показателям временного (Time Domain) анализа ВРС при ХМ.

Результаты исследования и их обсуждение. Изменение ЧСС при ХМ показало большую вариабельность изучаемого показателя. Отмечается высокая стабильность ЦИ в группе практически здоровых небеременных женщин 1,31±0,07 (1,24-1,38). Незначительное снижение ЦИ выявлено у беременных женщин с неосложненной беременностью 1,27±0,07 (1,20-1,34). У женщин с гестозом - достоверное снижение ЦИ ($p<0,05$) 1,14±0,04 (1,10-1,18), недостаточное снижение ЧСС в ночное время (83±5). Отмечается достоверная корреляция ЦИ с ночным уровнем ЧСС, уменьшение показателей rMSSD, т.е. повышение концентрации ритма.

По данным эхокардиографии наиболее значимыми явились изменения размеров левого предсердия (ЛП) и фракции выброса (ФВ). Размеры ЛП (40,8±2,3) в группе беременных женщин с гестозом оказались достоверно выше ($p<0,05$), чем в контрольной и группе сравнения, что свидетельствует о дополнительной перегрузке ЛП. Гиперкинетический тип гемодинамики (ФВ 81,1± 5,7) преобладал у большинства женщин с гестозом, в то же время как в контрольной группе он не определялся. На начальных стадиях гестоза эффективность кардиогемодинамики и маточного кровотока поддерживается в результате усиления сердечной деятельности матери: тахикардии, увеличении ФВ, повышения диастолического АД. Предварительный анализ результатов исследования позволяет сделать вывод о достоверном снижение ЦИ у женщин с гестозом, неудовлетворительной адаптации к беременности, снижении функциональных возможностей организма. Структурно-функциональная перестройка сердца у беременных женщин с гестозом выражается увеличением размеров ЛП, ФВ, косвенными признаками диастолической дисфункции левого желудочка.

0425 ОПЫТ САНАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Кейзер Н. П., Сиротин Б. З., Шевцов Б. П., Бандурко Л. П., Куракина Н.И.
ДВГМУ, ККБ №2, санаторий «Уссури», Хабаровск, Россия

Как известно, оптимальным в лечении нестабильной стенокардии (НС) является восстановление коронарного кровотока проведением АКШ или стентирования. При отсутствии такой возможности для большинства больных альтернативным методом лечения остается консервативная терапия. С 2006 года в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и соцразвития РФ больные НС г. Хабаровска и Хабаровского края после стационарного лечения стали направляться в реабилитационное отделение местного кардиологического санатория «Уссури».

Целью исследования явилось изучение эффективности санаторного этапа лечения больных с НС.

Материал и методы: в исследование вошло 46 больных НС (29 мужчин и 17 женщин), их средний возраст составил 56,1 лет. Артериальная гипертония отмечена у 40 пациентов, у 18 больных в анамнезе был инфаркт миокарда. Медикаментозная терапия на санаторном этапе включала все необходимые для этой категории больных препараты. Ко времени поступления в санаторий больные освоили 4 ступень двигательной активности. Физический аспект реабилитации включал дозированную ходьбу, тренировочные подъемы по лестнице, ЛФК. Кроме клинических методов оценки переносимости физической активизации (учет частоты и выраженности приступов стенокардии, контроль частоты пульса и АД, динамики ЭКГ) учитывали показатели холтеровского мониторирования (ХМ) и биотелеметрии (БТМ).

Полученные результаты: при ХМ у 45 больных отмечены подъем или снижение сегмента ST, у 10 пациентов - реверсия или снижение амплитуды зубца Т, экстрасистолическая аритмия выше 2 класса по Лауну отмечена у 5 больных. Кроме того, наблюдалась синусовая тахикардия, не адекватная степени выполняемой физической нагрузке. У 2 больных НС и постоянной формой мерцательной аритмией патологических изменений при ЭКГ-мониторинге не выявлено. При БМТ-контроле физиологическая реакция на нагрузку отмечена в 78,2% случаев. Эти данные показывают, что большинство больных адекватно реагировали на физические нагрузки, что позволило 74,4% больным проходить к концу пребывания в реабилитационном отделении по 4 и 5 км в день. Минимальное расстояние в 2 км проходил только 1 больной. ЭКГ-контроль выявил положительную динамику у 11 из 42 больных (23%), у 31 больного (73,8%) показатели ЭКГ оставались стабильными, ухудшение по ЭКГ отмечено только у 1 больного (2,38%). У 37 из 46 больных (80,4%) в конце пребывания в санатория приступов стенокардии не было. У 7 (15,22%) они стали более редкими и провоцировались только большими физическими нагрузками, и лишь у 2 (4,35%) приступы стенокардии сохранялись в прежнем классе.

Выводы: лечение больных НС на санаторном этапе признано эффективным в 97,6% случаев, что свидетельствует о полезности санаторной реабилитации этой категории больных. Тем не менее, с учетом длительности морфологических изменений в нестабильной атеросклеротической бляшке до 2 месяцев физическая реабилитация больных ПС требует осторожности и тщательного контроля.

0426 ОЦЕНКА СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ Q ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ С ДОБУТАМИНОМ

Кенжаев М.Л.
Республиканский Научный Центр Экстренной Медицинской Помощи, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить функциональное состояние ЛЖ у больных Q инфарктом миокарда (QИМ) с дисфункцией ЛЖ на основании объективной оценки сократительной способности миокарда при стресс-ЭхоКГ с добутамином.

Материал и методы. В исследование вошли 94 больных QИМ передней стенки ЛЖ, поступивших в отделении неотложной кардиологии РНЦЭМП. Всем больным в течении 2 недель выполнялись стресс-ЭхоКГ с добутамином. 21 больным проведена ТЛБАП. Средний возраст больных составил 59±7,4 года. Стресс-ЭхоКГ с добутамином осуществлялась введением через периферическую вену этого препарата, начиная с дозы 5 мкг/кг/мин. Каждые 3 мин доза добутамина повышалась на 10 мкг/кг/мин до максимальной дозы 40 мкг/кг/мин. Регистрацию и сохранение синхронизированных с ЭКГ ЭхоКГ изображений производили в покое, во время нагрузки и в постнагрузочной фазе. Анализировали стандартные проекции: парастернальную длинную и короткую оси, апикальный двух- и четырехкамерный виды. Оценку нарушений локальной сократимости стенок левого желудочка производили в соответствии с 16-сегментовой моделью. Каждый сегмент оценивали по 4-балльной шкале: 1 - нормо- или гиперкинезия, 2 - гипокинезия, 3 - акинезия, 4 - дискинезия. Индекс нарушения локаль-

ной сократимости (ИНЛС) рассчитывали как отношение суммы баллов для каждого сегмента к числу анализируемых сегментов (в данной выборке к 16) отдельно для ЭхоКГ в покое и при максимальной нагрузке.

Результаты. По данным ЭхоКГ исследования в состоянии покоя у больных QИМ отмечена умеренная дилатация полости ЛЖ: КСР - 4,5±0,1см, КДР - 6,0±0,1см, КСО - 95,5±4,1мл, КДО - 168,5±5,8 мл. Показатели систолического утолщения межжелудочковой перегородки (УМЖП) и задней стенки ЛЖ (УЗСЛЖ) были снижены до 24,3±1,7% и 36,9±1,7%. Значения фракции укорочения (ФУ) и общей фракции выброса (ОФВ) составили 22,5±0,6% и 43,1±0,9% соответственно. По результатам анализа сегментарной сократимости ЛЖ установлено наличие диффузного гипокинеза всех стенок. Для качественного анализа сегментарной сократимости ЛЖ изучены 1170 сегментов, из них 189 были нормокинетичными (16%), 846 - гипокинетичными (72%) и 135 - акинетичными (12%). ИНЛС составил в среднем 2,0±0,04.

Проведение стресс-ЭхоКГ с добутамином у данной категории больных позволило установить полное и частичное восстановление всех асинергичных сегментов ЛЖ. Малые дозы добутамина увеличили сократительную способность миокарда ЛЖ у всех больных при несущественном увеличении ЧСС. На малых дозах добутамина показатель УМЖП увеличился до 65,3±3,7%, УЗСЛЖ - до 61,1±3,8 %. ФУ выросла с 25,8±1,1% до 42,8±2,0% (P<0,001). Инотропная стимуляция привела к уменьшению КСР и КСО (P<0,001), а конечно-диастолические показатели существенно не менялись (P>0,05). Общая ФВ выросла с 43,1±0,9 до 66,5±1,4 % (P<0,001). ИНЛС уменьшился с 2,0±0,04 до-1,0±0,1(P<0,001).

Вывод. По результатам стресс-ЭхоКГ с добутамином можно предполагать многососудистое стенозирующее поражение коронарных артерий у всех больных ИБС с крупноочаговым передним ИМ. Это связано с преобладанием зон риска ишемии миокарда и обратимой дисфункции над рубцовым поражением. Данный факт указывает на диагностическую ценность определения сегментарной и общей сократимости миокарда ЛЖ у больных QИМ. Проведение добутаминовой пробы у больных QИМ позволяет прогнозировать восстановление функции исходно асинергичных сегментов и установить обратимость их дисфункции.

0427 СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИЯ С ДОБУТАМИНОМ У БОЛЬНЫХ БЕЗ Q ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Кенжаев М.Л.
Республиканский Научный Центр Экстренной Медицинской Помощи, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение функционального состояния левого желудочка у больных с мелкоочаговым (без Q) инфарктом миокарда методом стресс-эхокардиографии с добутамином.

Методы исследования. Изучено 76 больных ИБС мелкоочаговым (без Q) инфарктом миокарда с дисфункцией ЛЖ. Исследование базировалось на результатах ЭхоКГ исследования до и после лечения, а также было проведено стресс-ЭхоКГ с добутамином, допплер-ЭхоКГ, стресс-допплер-ЭхоКГ с добутамином и коронарография (КГ). Стресс-ЭхоКГ с добутамином осуществлялось введением через периферическую вену этого препарата, начиная с дозы 5 мкг/кг/мин. Каждые 3 мин доза добутамина повышалась на 10 мкг/кг/мин до максимальной дозы 40 мкг/кг/мин. Оценку нарушений локальной сократимости стенок левого желудочка производили в соответствии с 16-сегментовой моделью

Результаты. На основании ЭхоКГ исследования было установлено, что в состоянии покоя дилатации полости ЛЖ не отмечено (КСР ЛЖ - 3,68±0,24 см, КДР ЛЖ - 5,45±0,23 см, КСО - 73,9±6,0 мл и КДО - 149,9±7,9 мл). Систолические утолщения МЖП и ЗСЛЖ снижены до 26,94±2,68% и 32,56±3,34%, соответственно. ФУ варьировала от 14% до 48%. ОФВ составляла в среднем 48,98±1,32%. Анализ сегментарной сократимости ЛЖ показал диффузный гипокинез, который был более выражен по верхушечным сегментам. Сегментарная фракция выброса ЛЖ в состоянии покоя у обследованных больных по передне-перегородочной стенке составила 48,92±1,86%, 51,82±1,68% и 46,16±1,54% соответственно на базальном, среднем и верхушечном уровнях; по передней - 49,65±1,57%, 52,0±1,3%, 48,0±1,4%; по нижнее-перегородочной - 49,8±1,8%, 53,0±1,6%, 47,7±1,6%; по передне-боковой - 50,5±1,9%, 53,2±1,8%, 48,1±1,9%; по нижней - 48,1±1,6%, 49,6±1,5%, 52,5±1,7%; по нижне-боковой - 50,8±1,6%, 52,2±1,9%, 48,0±1,9%. Диффузный гипокинез в данной группе больных определялся по всем стенкам, причем верхушечные сегменты всех стенок сокращались несколько хуже, чем средние и базальные сегменты. Для качественного анализа сегментарной сократимости рассмотрены 360 сегментов, из них 119 (33%) нормокинетичных и 241 (67%) гипокинетичных. ИНСС составил в среднем по группе 1,7±0,1. При стресс-ЭхоКГ с добутамином малые дозы (8,3±0,5 мкг/кг/мин) вызывали максимальное усиление сократимости ЛЖ без прироста ЧСС. УМЖП увеличивалось до 79,9±5,4%, УЗСЛЖ - до 65,7±4,2%. ФУ возросла до 48,6±1,7%. Инотропная стимуляция добутамином привела к уменьшению КСР и КСО, а конечно-диастолические показатели существенно не изменялись. ОФВ увеличилась с 48,98±1,32 до 64,26±1,32.

ФВ ЛЖ на фоне применения малых доз добутамина достоверно возрастала во всех сегментах. Миокардиальный резерв у больных ИБС с МИМ варьировал от 28 до 37%. У исследованных больных все сегменты ЛЖ с исходной асинергией на малых дозах добутамина были в нормокинезе, то есть все 241 (67%) сегмента были с обратимой дисфункцией. ИНСС достоверно уменьшился с 1,7±0,1 до 1,0±0 (P<0,001).

Вывод. Инотропная стимуляция ЛЖ малыми дозами добутамина у больных ИБС с МИМ вызывает достоверное уменьшение конечно-систолических размеров и объема, увеличение общей и сегментарной ФВ, возрастание степени систолического утолщения стенок, определяет обратимую дисфункцию миокарда с миокардиальным резервом.

0428 ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ УРОВНЯ АПОЛИПОПРОТЕИНА Е С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ КАРОТИДНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У МУЖЧИН-КЫРГЫЗОВ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Керимкулова А.С.
Национальный Центр кардиологии и терапии, Бишкек, Кыргызстан

Цель исследования: изучить взаимосвязь уровня апо-Е с нарушением липидного обмена, выраженностью атеросклероза сонных артерий в кыргызской этнической группе.

Методы: в исследование включено 103 мужчин-кыргызов с дислипидемией в возрасте от 33 до 68 (49,6±6,32) лет, из них 48 пациентов с коронарной болезнью сердца и 55 сходные по возрасту и основным факторам риска пациенты с дислипидемией без коронарной болезнью сердца. Всем пациентам проведено общеклиническое обследование, определения липидного спектра, сахара крови, концентрации апо-Е. Пациенты подверглись инструментальным исследованиям: электрокардиографии, эхокардиографии, вэлоэргометрической пробе, дуплексному сканированию экстракраниального отдела сонных артерий. Определялись толщина комплекса интима-медиа, диаметр общей сонной артерии, характеристики кровотока. При оценке показателей дуплексного сканирования сонных артерий в анализ включались средние показатели (справа и слева).

Результаты: концентрация апо-Е менее 32мкг/мл сочеталась с повышением сахара сыворотки крови, наличием ожирения и соответственно уровня индекса массы тела и объема талии. У этих же пациентов отмечалось повышение значений триглицеридов и соотношения триглицериды/холестерин липопротеинов высокой плотности. Ассоциации с другими липидными факторами выявлено не было.

Наиболее благоприятным у мужчин-кыргызов с дислипидемией, оказался уровень апо-Е в сыворотке крови 32-56,0 мкг/мл. При снижении концентрации апо-Е <32 мкг/мл и повышении >85 мкг/мл атеросклероз сонных артерий увеличивался.

Выводы:

1. значения апо-Е ниже 32 мкг/мл ассоциируются с гипертриглицеридемией, ожирением, увеличением объема талии и повышенным уровнем сахара в сыворотке крови;

2. у мужчин-кыргызов с дислипидемией наиболее благоприятным был уровень апо-Е в пределах 32-56 мкг/мл. При увеличении концентрации апо-Е выше 56 мкг/мл или снижением менее 32 мкг/мл риск развития атеросклеротического поражения сонных артерий увеличивался.

0429 КОРРЕКЦИЯ ПСИХОГЕННЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Кирюхин О.Л., Пыко А.А., Воробьёва Н.Я., Рожкова Е.А., Лихоткина Е.А.
Медико-санитарная часть УВД по Рязанской области, Рязань, Россия

Доказано, что депрессия и некоторые другие психологические факторы являются независимыми факторами риска развития и неблагоприятного течения ишемической болезни сердца (ИБС) и должны рассматриваться в совокупности с такими признанными факторами риска, как дислипидемия, артериальная гипертония и курение. Респираторные проявления психических расстройств или дисфункциональное дыхание отягощает течение ИБС, имитирует синдром хронической сердечной недостаточности, нарушает качество жизни пациентов.

Цель: оценить эффективность различных подходов к лечению респираторных нарушений у больных ИБС.

Материалы и методы: обследовано 53 больных, 29 женщин и 24 мужчины, в возрасте от 42 до 68 лет, средний возраст – 55,3 лет, с аффективными нарушениями различной степени тяжести (средняя оценка депрессии по шкале Гамильтона составила 17,8±0,22, тревоги – 18,3±0,16) и дисфункциональным дыханием, представленным гипервентиляцией с гипокапнией выдыхаемого воздуха. Респираторный синдром установлен по характеру жалоб, клиническим данным и показателям капнометрии. О том факте, что одышка и дыхательный дискомфорт существенно представлены в когнитивной сфере, свидетельствуют нарушение вегетативной регуляции и положительная корреляционная связь гипервентиляции с уровнем личностной и реактивной тревожности. Оценивалась эффективность лекарственных препаратов, аппаратных методов с использованием принципа биообратной связи, психотерапии по данным капнографии, шкал Гамильтона и субъективной оценке одышки пациентом по визуальной аналоговой шкале.

Результаты. Фармакотерапия позволила быстро купировать респираторный синдром (4-5 дней). Наиболее эффективным явилось комплексное назначение β-адреноблокатора с транквилизатором дневного действия. Однако прекращение поддерживающей седативной терапии в 52% случаев дало рецидив нарушений. Методы биообратной связи в некоторых случаях вызывали приступы стенокардии, вследствие чего были не рекомендованы к использованию у больных с ИБС. Психотерапия, особенно коррекция когнитивных установок и поведенческих моделей реагирования обнаруживала эффект только на второй неделе лечения, но способствовала более стойкому результату с рецидивами в 6% случаев (наблюдение шесть месяцев).

Выводы: Наиболее оправданным методом лечения респираторных нарушений при ИБС является психотерапия, включающая обучающие поведенческие методики избегания стрессов, теории самопознания, рациональную и разъяснительную психотерапию с обязательным использованием когнитивно-поведенческих методик, однако в тяжёлых случаях для достижения быстрого эффекта необходимо проведение фармакотерапии комбинацией β-адреноблокатора с транквилизатором.

0430 ГИБЕРНАЦИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА: КЛИНИКО-УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ

Кияк Ю.Г., Чнгрян Г.В., Барнетт О.Ю., Свитлык Г.В.
ЛНМУ им. Данила Галицкого, Львов, Украина

Цель. На основании ультраструктурного исследования экспресс некроптатов сердца изучить морфофункциональные особенности гибернированных (ГБ) кардиомиоцитов (КМЦ) при инфаркте миокарда (ИМ) в сопоставлении с клиническими данными.

Методы. Изучали ультраструктуру миокарда 38 больных (28 мужчин и 10 женщин) в возрасте 39-89 лет (средний возраст 63,5±2,2), которые умерли от ИМ. Контрольную группу составили 5 человек, смерть которых произошла от экстракардиальных причин. Ткань для исследования получали путем трансторакальной экспресс-некропсии сердца в стационаре не позже 15 мин после биологической смерти. Исследовали зону некроза, околоинфарктные и интактные области левого желудочка (ЛЖ). Фиксацию некроптатов проводили 1% раствором осмия (OsO4). Срезы ткани исследовали под электронным микроскопом при увеличении 2600-18000. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы изучали по данным ЭхоКГ.

Результаты. В первые 6-8 часов ИМ в зоне ишемического повреждения и некроза обнаружены КМЦ с пересокращением миофибрилл (МФ), выраженный отек митохондрий (МТ), разрыв сарколлеммы и выход ядер и органелл в отечный интерстиций. В последующие 10–36 часов заболевания большинство КМЦ в зоне инфаркта погибали путём коагуляционного некроза или миоцитолизиса. По периферии инфаркта и в эпикардиальном слое обнаружены остро ГБ клетки, в умеренно отечной саркоплазме которых, в отличие от ишемически измененных КМЦ, МФ были преимущественно релаксированы, и увеличивалось количество гранул гликогена. В последующем они превращались в хронически ГБ КМЦ с редукцией МФ, уменьшением количества и размеров МТ. В околоинфарктных зонах ЛЖ, начиная с первых 3-4-х суток ИМ, большинство КМЦ находились в состоянии гибернации. Некоторые из них погибали в результате вторичного цитолизиса (при повторных эпизодах болей). Оглушенность и острая гибернация КМЦ часто трансформировалась в хроническую с прогрессирующей редукцией, истончением и фрагментацией МФ. При этом уменьшался объем МТ и уплотнялся их матрикс, неравномерно конденсировался ядерный хроматин, а иногда отслаивалась кариолемма. На месте разрушенных МФ и исчезнувших МТ появлялись гранулы гликогена, как типичный маркер гибернации. В расширенных каналах эндоплазматической сети появлялись липидные включения. В интактных зонах количество ГБ КМЦ было умеренным. При повторных ИМ в зоне рубца и соседних участках на протяжении нескольких месяцев и лет персистировали ГБ КМЦ.

Выводы. При сопоставлении результатов ЭхоКГ и ультраструктурных изменений в миокарде обнаружено, что острая гибернация околоинфарктных и интактных участков миокарда является обратимой на протяжение первых 2-х недель заболевания, что сопровождается увеличением фракции выброса ЛЖ и улучшением сократимости миокарда в этих зонах. При хронической гибернации восстановление сократительной функции ЛЖ происходит намного позже при эффективной медикаментозной коррекции.

0431 ДИНАМИКА ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ г. ЯКУТСКА ЗА 1986-2004гг

Климова Т.М., Иванов К.И., Кривошапкин В.Г.
ФГНУ «Институт здоровья», Якутск, Россия

Цель исследования: изучить динамику факторов риска ССЗ среди мужчин г. Якутска 20-54 лет за 18-летний период (1986-2004гг).

Материал и методы: Материалом исследования послужили результаты 3 одномоментных исследований на независимых репрезентативных выборках из неорганизованного мужского населения Якутска 20-54 лет проведенных за период 1986-2004гг. При

расчете стандартизованных показателей за стандарт была принята структура населения РФ по переписи 1989 года.

Критерии исследования: за критерий артериальной гипертонии (АГ) принят уровень артериального давления ≥140/90 мм рт.ст. В группу лиц с АГ также были включены лица, принимавшие гипотензивные препараты в период обследования или прекратившие их прием менее чем за 2 недели до обследования. Избыточной массе тела (ИМТ) соответствовали значения индекса массы тела равные или более 25,0 кг/м^2. Курящими считались лица, выкуривавшие, по крайней мере, одну сигарету (папиросу) в сутки. Потребление алкоголя в мл пересчитывалось на содержание чистого этанола в алкогольных напитках.

Результаты: По данным Территориального управления ФС госстатистики по РС(Я) за анализируемый период среди мужского населения Якутии существенно увеличились показатели общей смертности, особенно значительно увеличились показатели смертности от болезней системы кровообращения (БСК) среди трудоспособного мужского населения. Так, смертность от БСК увеличилась на 66%, смертность от сосудистых поражений мозга на 36%, смертность от прочих ССЗ, характеризовавшихся повышенным артериальным давлением – до 6 раз.

Результаты проведенных эпидемиологических исследований также свидетельствуют об ухудшении в мужской популяции эпидемиологической условий в отношении ССЗ: за этот период, стандартизованный по возрасту средний уровень САД повысился на 3,8 мм рт.ст., ДАД на 2,8 мм рт.ст. ($p<0,05$). Увеличились интенсивность курения и количество употребляемого алкоголя, так среднее количество выкуриваемых в сутки сигарет увеличилось с 8,9 до 14,1, а количество употребляемого алкоголя с 55,4 до 98,6 г/сут ($p<0,05$). Распространенность избыточной массы тела увеличилась с 12 до 18%, частота АГ с 25 до 38%. В динамике, показатели распространенности курения и привычки употребления алкоголя не изменились и продолжают оставаться на высоком уровне.

Выводы: Таким образом, в динамике, за 18-летний период, среди мужского населения отмечается ухудшение эпидемиологических условий в отношении формирования ССЗ – повысились средние уровни артериального давления, индекс массы тела, интенсивность курения и употребления алкоголя, увеличилась распространенность избыточной массы тела и артериальной гипертонии.

0432 ИЗМЕНЕНИЕ МОРФОМЕТРИИ И ПАРАМЕТРОВ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Кляшев С.М, Тарасова М.А., Малых И.А., Кляшева Ю.М., Кортусова С.А.
ГОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» Росздрава, Тюмень, Россия

Цель работы: Изучить морфометрические показатели и параметры диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) по данным допплерэхокардиографии у пациентов с анкилозирующим спондилитом (АС).

Материалы и методы: Обследован 71 больной мужского пола с достоверным АС, наблюдавшийся в Тюменском областном ревматологическом центре. Средний возраст пациентов составил 38,6±1,7 лет. Контрольную группу составили 30 практически здоровых исследуемых мужчин, сопоставимых по возрасту. Всем исследуемым выполнялась эхокардиография в М- и В-режимах. Для изучения диастолического наполнения ЛЖ с помощью допплерэхокардиографии в импульсном режиме исследовался трансмитральный и транстрикуспидальный кровоток. Рассчитывались следующие показатели диастолического наполнения ЛЖ: Елж, м/с - максимальная скорость раннего диастолического наполнения ЛЖ; Алж, м/с - максимальная скорость предсердного диастолического наполнения ЛЖ; Е/Алж- отношение скоростей Е/А; DTлж, мс - время замедления потока в фазу раннего наполнения ЛЖ. Время изоволюмического расслабления ЛЖ (IVRTлж, мс) рассчитывали, установив контрольный объем в выносящем тракте ЛЖ, получив одновременно поток в приносящем и выносящем трактах.

Результаты: Полученные эхокардиографические данные показали, что в группе больных АС в сравнении с группой здоровых лиц наблюдались достоверные различия конечно-систолического и конечно-диастолического размеров ($p<0,05$), соответствующих им объемов ЛЖ ($p<0,01$), а также толщины задней стенки ЛЖ ($p<0,01$). Необходимо отметить, что в группе АС отмечено увеличение толщины межжелудочковой перегородки ($p<0,001$). У больных АС наблюдалось увеличение массы миокарда и ее индекса в сравнении со здоровыми ($p<0,001$), у части пациентов отмечено увеличение относительной толщины стенки ЛЖ (2H/D)≥0,45. У 8 (16%) пациентов, имеющих АС выявлена концентрическая гипертрофия ЛЖ. У 12 (24%) больных данной группы отмечалась эксцентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ. При оценке показателей сократимости миокарда ЛЖ достоверных различий в обследованных группах не выявлено. Показатели диастолической функции ЛЖ у обследованных групп показали, что у 41 (57,7%) больных АС наблюдались нормальные показатели диастолической функции ЛЖ, у 30 (42,3%) отмечалось нарушение диастолической функции ЛЖ по первому типу (типу замедленной релаксации). У больных АС наблюдалось снижение Елж ($p<0,01$), отношения Е/Алж ($p<0,01$), увеличение DTлж ($p<0,001$) и IVRTлж ($p<0,001$) по отношению к здоровым лицам.

Выводы: У больных АС по данным эхокардиографии отмечено ремоделирование миокарда ЛЖ, появляющееся увеличением полости, гипертрофией стенок и повышением массы миокарда ЛЖ, наблюдалось нарушение скоростных и временных параметров диастолической функции ЛЖ.

0433 ВЛИЯНИЕ В-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ 2 И 3 ПОКОЛЕНИЯ НА ПАРАМЕТРЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Кмита М.А., Милягин В.А.
ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия», Смоленск, Россия

Цель. Сравнить изменение показателей центральной гемодинамики при достижении целевого уровня артериального давления (АД) у больных АГ, базовой терапией у которых являются – β – адреноблокаторы 2 и 3 поколения.

Методы исследования. В исследование было включено 39 больных в возрасте от 18 до 60 лет, имеющих АГ 1-2 ст. с нормодинамическим или гипердинамическим типом кровообращения с увеличенной частотой сердечных сокращений. До назначения β–адреноблокаторов всем пациентам с АГ были исследованы исходные параметры центральной гемодинамики методом импедансной кардиографии при помощи реографа «Диамант Р» : минутный объем крови (МОК), ударный индекс (УИ), общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС). Всем больным был назначен прием β–адреноблокаторов с индивидуальным подбором дозы препарата. Было выделено 2 группы. В 1-ю группу вошли 19 больных, средний возраст которых составил 29,2±11,6 лет. Исходные значения в данной группе составили: систолическое АД (САД) – 151,58±11,128 мм рт.ст.; диастолическое АД (ДАД) - 92,4±9,51 мм рт.ст.; ЧСС - 86,05±12,63 уд/мин; МОК – 7,73±1,06 л/мин; УИ – 48,42±8,237 мл/м^2; ОПСС- 1484,95±185,388. Первая группа принимала «конкор» на протяжении 6 месяцев. Во 2-ю группу вошли 20 больных, средний возраст которых составил 37,95±13,05 лет. В данной группе исходные значения составили: систолическое АД – 156±18 мм рт.ст.; диастолическое АД – 96,8±12,2; ЧСС – 81,9 уд/мин; УИ – 38,26±7,53 мл/м^2; МОК – 6,07±0,9 л/мин; ОПСС – 1588,4±303,43. Вторая группа принимала «небиволол» на протяжении 6 месяцев.

Полученные результаты. После проведенного лечения все больные были повторно обследованы. В первой группе были установлены следующие показатели: систолическое АД составило 125,53±6,47 мм рт.ст.; диастолическое АД - 74,7±7,52 мм рт.ст., ЧСС – 70,47±4,21 уд/мин.; МОК – 6,63±0,89 л/мин.; УИ – 50,53±5,382 мл/ м^2; ОПСС – 1446,74±129,06 Ом. Во второй груп-

пе были установлены следующие показатели: систолическое АД – 125,5±4,72 мм рт.ст.; диастолическое АД - 77±5,57 мм рт.ст.; ЧСС – 70,4±5,22 уд/мин; МОК – 6,35±1,12 л/мин; УИ – 45,52±5,82 мл/м^2, ОПСС – 1225,8±234,88 Ом.

Выводы. В–адреноблокаторы 2 и 3 поколения одинаково эффективны в достижении целевого артериального давления у гипертоников обеих исследуемых группах. В обеих группах после лечения одинаково уменьшилась частота сердечных сокращений до 70,4±4,68 уд/мин. У всех больных после лечения отмечается увеличение УИ. Снижение ОПСС произошло в обеих группах, но в большей степени во второй. МОК у гипертоников после лечения препаратом «Конкор» – снизился, а у больных принимавших «Небиволол» - увеличился. При назначении β–адреноблокаторов в лечении артериальной гипертонии необходимо учитывать исходные параметры центральной гемодинамики, а при выборе препаратов 2 или 3 поколения учитывать параметры ОПСС и МОК.

0434 НАРУШЕНИЕ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ

Ковалева О.В., Токаренко А.И.
Запорожская медицинская академия последипломного образования, Запорожье, Украина

Нарушения ритма по типу желудочковых экстрасистолий и синусовой аритмии – частый спутник у больных с патологией желудочно-кишечного тракта. Целью исследования – исходя из анализа нарушений ритма кардиального и экстракардиального генеза, оптимизировать лечение данной патологии. Под наблюдением в клинике находилось 72 пациента с патологией желчевыводящей системы. Средний возраст пациентов составил 45,23±2,27, мужчин было 56, женщин – 16.

Коронарная патология исключалась посредством проведения теста с физической нагрузкой. Ритм артериальное давление и частота сердечных сокращений регистрировались до и сразу после нагрузки, во время всего нагрузочного теста. Физическая работоспособность оценивались по баллам. При наличии у больных холецистита лечение заключалось в назначении желчегонной терапии, диеты (стол № 5), слепого зондирования, воздействия на рефлексогенные зоны нейроадаптивным импульсом аппарата LEIT. При ультразвуковом исследовании сердца существенных отклонений от нормы и динамики на фоне лечения не выявлено. В процессе комплексного лечения с аппаратом LEIT отмечена достоверная положительная динамика, которая проявилась в увеличении порогового двойного произведения и работоспособности по баллам. Синусовая аритмия в покое до лечения регистрировалась у 43, после лечения у 19; синусовая брадикардия до лечения у 2, после лечения не выявлена; умеренная синусовая тахикардия до лечения у 17, после лечения у 12; выраженная тахикардия до лечения у 9, после лечения у 7; у 25 нормокардия после лечения. Экстрасистолия исходно зарегистрирована у 68 пациентов (11,16±1,3 экстрасистол в минуту), причем более чем 5 в минуту у 43 больных. После лечения экстрасистолия зарегистрирована так же у 68, но количество экстрасистол более чем 5 минуту было выявлено у 12, и в среднем составила 5,9±0,7 в минуту. Наблюдалась положительная динамика реакции АД на нагрузку. До лечения у 7 пациентов имела место реакция АД по гипертоническому типу, после лечения у 2, по пограничному типу до лечения у 4, а после лечения у 2 пациентов. Существенное влияние на вегетативную нервную систему оказывают нейроадаптивные сигналы, генерируемые аппаратом LEIT, работающим в диапазоне частот от 8 до 140 Гц (терапевтическая область 40-140 Гц). При нейроадаптивном воздействии изменяется взаимодействие ферментов, снимается отек, воспаление, ускоряются репарационные процессы, чем можно объяснить положительный эффект от применения LEIT, что приводит к уменьшению, а в некоторых случаях и исчезновению диспептических явлений, уменьшении генерации эстрасистол. Очевидно влияние патологии желудочно-кишечного тракта на вегетативную нервную систему и формирование нарушений ритма экстракардиального генеза. Своевременная желчегонная терапия, диета в сочетании с нейроадаптивным воздействием дает положительный эффект, приводит к стабилизации вегетативной нервной системы и нормализации ритма. При нарушении ритма резистентного к привычным антиаритмическим препаратам, целесообразно исследование желудочно-кишечного тракта, проведение нагрузочных тестов с анализом ритма для верификации кардиального или экстракардиального генеза нарушения ритма.

0435 ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST В СТАЦИОНАХ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Коваленко Е.В.
ФГУ Саратовский НИИ кардиологии, Саратов, Россия

Цель исследования: оценка качества ведения больных с острым коронарным синдромом без стойкого подъёма сегмента ST (ОКС БП ST) в стационаре. За основу качества медицинских мероприятий принималось соблюдение рекомендаций ВНОК «Лечение острого коронарного синдрома без стойкого подъема сегмента ST на ЭКГ» 2006 (РОКС) при оказании медицинской помощи.

Материалы и методы исследования: проведён экспертный анализ историй болезни пациентов, госпитализированных в кардиологические отделения 8 муниципальных медицинских учреждений Саратовской области в 2007г. В данных стационарах отсутствовала возможность проведения инвазивной диагностики и внутрикоронарных вмешательств. Исследовалось соответствие проводимого обследования и лечения требованиям РОКС.

Результаты исследования. Проанализировано 340 историй болезни больных, госпитализированных с ОКС БП ST. В стационаре 95 больным (28%) поставлен диагноз инфаркт миокарда, остальным – нестабильная стенокардия.

Требуемая современными рекомендациями лабораторная диагностика некроза миокарда по уровню сердечных тропонинов была недоступной. Определение фракции МВ КФК проведено в 68 случаях (20%), общей КФК в 119 случаях (35%). У 124 больных (36%) в качестве «маркеров некроза миокарда» исследовались АСТ, АЛТ, ЛДГ, в остальных случаях ферменты не определялись. Сведений об оценке риска неблагоприятных событий не было ни в одной истории болезни. Допплер-эхоКГ проведена перед выпиской у 17 больных (5%). Нагрузочная проба не проведена ни в одном случае.

Гепарин назначался 62% больных. Только в 20% случаев проводилось введение гепарина согласно современным рекомендациям (внутривенная инфузия нефракционированного гепарина (НФГ) или п/к инъекции низкомолекулярного гепарина (НМГ). В остальных случаях нефракционированный гепарин вводился подкожно. В 8% введение НФГ и НМГ сочеталось. АЧТВ определялось у 119 пациентов (35%), в большинстве случаев – однократно после начала гепаринотерапии. Число тромбоцитов, гематокрит контролировались только у 34 пациентов (10%), у 27 из них тромбоциты, и гематокрит определялись однократно при поступлении. В 92% случаев определялось время свертывания крови (1-8 раз за период госпитализации). В 84 % историй болезни отсутствовали сведения о весе больного, что делало невозможным оценку корректности дозы НМГ.

Аспирин назначен 98% больных. Первая доза разжевать давалась только в 30% случаев. В остальных случаях аспирин был назначен однократно на ночь, независимо от времени поступления в стационар. Клопидогрель не назначался.

β–блокаторы в первые сутки назначены 41%, а после стабилизации гемодинамики - 54% больных, противопоказания выявлены только в 12% случаев. Ингибиторы АПФ, нитраты, статины получали соответственно 57%, 98% 8% больных.

Выводы: врачи не учитывают РОКС при ведении больных с ОКС БП ST. Вышесказанное позволяет сделать вывод о нарушении принципа доступности качественной медицинской помощи больным с ОКС в муниципальных больницах.

0436 КАРДИОРЕНАЛЬНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИАЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНЗИЯХ

Коваль Н.В., Татаркина Н.Д., Коваль В.Т.
ГОУ ВПО «ВГМУ МЗ РФ», Владивосток, Россия

Интерес к изучению кардиоренальных взаимодействий и их роли в патогенезе заболеваний человека определяется появлением новых классов лекарственных препаратов, улучшающих клиническое течение и прогноз хронических заболеваний сердечно–сосудистой системы и почек.

Цель исследования – изучение центральной гемодинамики, почечного кровотока и определение их взаимосвязи у больных артериальной гипертонией.

Для расчета параметров центральной гемодинамики и сократительной функции миокарда использовали эхокардиографическое исследование на аппарате «Toshiba–Nemio». Оценку почечного кровотока проводили на аппарате ультразвукового исследования «LOGIQ 400» путем цветового допплеровского картирования, а также импульсно–волновой допплерографии и энергетического картирования. Для статистического анализа данных использовали критерий Манн–Уитни. Исследование взаимосвязи нормально распределенных количественных признаков проводилось с использованием корреляционного анализа Пирсона, ненормально распределившихся признаков – анализа Спирмена.

Обследовано 180 мужчин с артериальной гипертонией. Из них 90 человек с гипертонической болезнью (ГБ) I, II, III стадии (по 30 человек соответственно). Также 90 больных с почечными паренхиматозными артериальными гипертензиями: 30 пациентов с хроническим гломерулонефритом, 30 – с острым гломерулонефритом и 30 – с хроническим пиелонефритом.

Проведено сравнение пациентов с артериальной гипертонией в зависимости от наличия или отсутствия диастолической дисфункции левого желудочка (ЛЖ). Было выявлено, что у больных с диастолической дисфункцией ЛЖ (по сравнению с больными без нее) отмечаются достоверно более высокие резистивные показатели почечного кровотока. Значения резистивного индекса были выше на уровне сегментарных артерий (0,69±0,02; $p<0,05$), дуговых артерий (0,64±0,03; $p<0,01$). Величина пульсаторного индекса была выше на уровне основного ствола почечной артерии (1,34±0,10; $p<0,01$), сегментарных (1,21±0,12; $p<0,05$), междолевых (1,19±0,13; $p<0,05$), дуговых артерий (1,02±0,13; $p<0,05$).

У пациентов с гипертрофией миокарда ЛЖ (по сравнению с больными без нее) отмечены более высокие резистивные показатели почечного кровотока. Так, резистивный индекс был достоверно выше на уровне всех почечных сосудов. Пульсаторный индекс был статистически значимо выше на уровне основного ствола почечной артерии (1,36±0,23; $p<0,05$), сегментарных (1,28±0,13; $p<0,01$), междолевых (1,14±0,08; $p<0,05$), дуговых артерий (1,04±0,05; $p<0,01$).

Таким образом, выявлена взаимосвязь между структурно–функциональными показателями сердца и резистивными показателями почечного кровотока. У пациентов с гипертрофией миокарда ЛЖ отмечены более высокие резистивные показатели почечного кровотока, чем у пациентов с диастолической дисфункцией ЛЖ.

0437 ФАКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ПРОБЛЕМЫ УЛУЧШЕНИЯ ПРОГНОЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Коваль С.Н., Снегурская И.А., Мысниченко О.В., Бенько Е.Г.
ГУ “Институт терапии имени Л.Т.Малой АМН Украины”, Харьков, Украина

Цель: изучение механизмов прогрессирования артериальной гипертензии (АГ) у больных метаболическим синдромом (МС) и исследование влияния различных вариантов антигипертензивной терапии на течение заболевания.

Методы: Обследован 241 больной эссенциальной АГ II стадии в рамках МС в возрасте от 42 до 58 лет (160 мужчин и 81 женщина). Диагностика МС проводилась согласно критериям АТР III (2003г). Объем исследования включал ультразвуковое исследование сердца, определение уровня гликемии и инсулинемии натощак и после перорального теста толерантности к глюкозе (ПТТГ) с вычислением индекса HOMA, показателей липидного спектра крови и уровня лептина крови. Поводилась комбинированная терапия периндоприлом в сочетании с индапамидом-ретард и небивололом в сочетании с лерканидипином в течение 24 недель.

Результаты. Установлено, что клинико-гемодинамическими факторами неблагоприятного прогноза АГ у больных МС является короткая длительность АГ с развитием концентрической гипертрофии левого желудочка (ЛЖ), наличие диспропорционального суточного ритма артериального давления (АД) (с высоким пульсовым давлением ночью), раннее развитие диастолической дисфункции левого желудочка. Метаболическими маркерами неблагоприятного прогноза являются: выраженная инсулинорезистентность (ИР) (HOMA-IP>6,5), наличие нарушенной толерантности к глюкозе или выраженной гиперинсулинемии (уровень инсулина ≥45 мкМЕд/мл через 2 часа после ПТТГ), высокий уровень лептина(>20 нг/мл).

Установлена сопоставимая антигипертензивная эффективность комбинации периндоприла с индапамидом-ретард и небиволола с лерканидипином. Использование данных комбинаций приводило к достоверному снижению ИР, массы миокарда ЛЖ, улучшению диастолической функции ЛЖ, уменьшению процента больных с диспропорциональным суточным ритмом АД. При этом терапия небивололом с лерканидипином была более эффективной у больных с высокими уровнями лептина. В то же время эффективность периндоприла с индапамидом не зависела от исходных уровней лептинемии.

Выводы. К факторам неблагоприятного прогноза АГ у больных МС могут быть отнесены раннее формирование диспропорционального суточного ритма АД с быстрым развитием концентрической гипертрофии и диастолической дисфункции ЛЖ; выраженная ИР, гиперлептинемия и гиперинсулинемия после ПТТГ. Адекватными схемами антигипертензивной терапии, способствующими торможению прогрессирования АГ у больных МС, являются комбинация ингибитора АПФ периндоприла с метаболически нейтральным тиазидоподобным диуретиком индапамидом-ретард и комбинация высокоселективного бета-блокатора с вазодилатирующим действием небиволола с дигидропиридиновым антагонистом кальция третьего поколения лерканидипином.

0438 ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И УРОВЕНЬ ИНСУЛИНОПОДОБНОГО ФАКТОРА РОСТА – 1 У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И БЕЗ НЕГО

Коваль С.Н., Резник Л.А., Старченко Т.Г., Губанова О.М.
ГУ «Институт терапии им. Л.Т.Малой АМН Украины», Харьков, Украина

Цель: изучить взаимосвязь уровня инсулиноподобного фактора роста – 1 (ИФР-1) в крови и показателей диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) у больных гипертонической болезнью (ГБ) в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа и без него.

Методы. Обследовано 46 больных ГБ II стадии с СД 2 типа и 28 пациентов с ГБ II стадии без СД. Диастолическую функцию ЛЖ оценивали по результатам измерения диастолического кровотока в режиме импульсного допплера. Определяли максималь-

ную скорость кровотока в фазу раннего наполнения (Е), максимальную скорость кровотока в фазу позднего наполнения (А), их соотношение (Е/А) и время изоволюмического расслабления (ВИР) ЛЖ. Уровень ИФР-1 в крови определяли иммуноферментным методом с использованием наборов фирмы DSL (США).

Результаты. Установлено снижение уровня ИФР-1 в крови больных ГБ и СД 2 типа в сравнении с пациентами с ГБ без СД (125,6±10,0) нг/мл и (183,4±8,1) нг/мл соответственно, $p<0,05$. При этом у больных ГБ с СД 2 типа частота и степень выраженности диастолической дисфункции ЛЖ была достоверно выше, чем у больных ГБ без СД. Так, признаки диастолической дисфункции ЛЖ выявлены у 81,25% больных ГБ и СД и только у 32,1% больных ГБ без СД, $p<0,01$. Показатели трансмитрального диастолического кровотока в группе больных ГБ в сочетании с СД 2 типа были достоверно хуже этих значений у пациентов с ГБ без СД: соотношение Е/А составило (1,12±0,08) и (0,84±0,07), $p<0,05$, а ВИР - (85,6±5,2) и (99,4±5,3) мс соответственно, $p<0,05$. Установлена обратная корреляционная зависимость между уровнем ИФР-1 и ВИР как у больных ГБ с СД ($r=- 0,42$, $p<0,05$), так и у больных ГБ с нормальным углеводным обменом ($r=- 0,38$, $p<0,05$).

Выводы. ИФР-1 вовлечен в механизмы поддержания нормальной диастолической функции сердца. Снижение его уровня способствует возникновению и прогрессированию сердечной недостаточности у больных ГБ, как с сопутствующим СД 2 типа, так и без него. Поиск средств, направленных на повышение уровня данного ростового фактора в крови, представляется перспективным направлением в профилактике раннего развития и торможения прогрессирования сердечной недостаточности у больных ГБ, а особенно, у больных с сопутствующим СД 2 типа.

0439 КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ НЕБИВОЛОЛОМ

Коваль С.Н., Мысниченко О.В., Снегурская И.А.
ГУ «Институт терапии им. акад. Л.Т. Малой АМН Украины», Харьков, Украина

Цель исследования: изучение изменений клинических, гемодинамических и биохимических показателей у больных гипертонической болезнью (ГБ) с инсулинорезистентностью (ИР) в динамике лечения селективным бета-блокатором небивололом.

Методы. Обследовано 98 больных ГБ II стадии. Средний возраст обследованных (44±5,1) года, длительность ГБ (5,4±0,6) лет. Среди обследованных пациентов с ГБ выделили 64 больных с ИР и 34 больных без таковой. Группу контроля составили 15 практически здоровых лиц сопоставимых по возрасту и полу с обследованными больными. Объем обследования включал, кроме общеклинических методов, эхокардиографическое исследование сердца, суточное мониторирование артериального давления (СМАТ), определение липидного спектра крови, уровней глюкозы крови и инсулина натощак и после пероральной нагрузки глюкозой. Наличие и выраженность ИР оценивали по индексу HOMA. Критерием наличия ИР считали индекс HOMA >2,77. Небиволол (препарат „Небилет" фирмы „Берлин-Хеми, Германия) назначали в дозе 10 мг в сутки в течение 12 недель.

Результаты. У пациентов с наличием ИР были выявлены достоверно более высокие показатели толщины миокарда задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки, диаметра левого предсердия и ММЛЖ ($p<0,05$), у 66% обследованных больных имел место неблагоприятный суточный профиль АО (типы "non-dipper" и "night-peakers"), негативные изменения в показателях липидного обмена (повышение ОХ, ТГ наблюдалось в 65% больных, 33% - снижение ХЛПВП ($p<0,05$)). Пероральная нагрузка глюкозой позволяла в 75% больных выявить нарушение в системе глюкоза/инсулин ($p<0,05$), соответственно значительно выше был индекс HOMA – (5,8±0,9) против (2,7±0,7), ($p<0,05$). После 12 недель терапии небивололом целевых уровней АД достигли у 67 % больных, что ассоциировалось также с возможным уменьшением показателей „нагрузки давлением" преимущественно в ночные и ранние утренние часы, уменьшением ММЛЖ и дисбаланса в системе про- и антиатерогенних липопротеидов. Лечение небивололомом не ухудшало показатели в системе глюкоза/инсулин, способствовало уменьшению ИР.

Выводы. Небиволол можно считать препаратом, который благоприятно действует на патогенетические звенья артериальной гипертонии у больных с проявлениями ИР.

0440 ВЗАИМОСВЯЗЬ МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ СО СРЕДНЕСУТОЧНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Кожевникова Е.Е, Дзизинский А.А, Протасов К.В, Синкевич Д.А, Михайлова Н.Н, Красильникова И.П.
ГОУ ДПО «ИГИУВ Росздрава», Иркутск, Россия

Цель: изучить взаимосвязь микроальбуминурии (МАУ) со среднесуточными показателями центральной гемодинамики у больных артериальной гипертонией (АГ)

Методы: обследовано 213 больных с АГ 2-3 стадии (классификация ВНОК, 2004). Средний возраст 73,2±7,2 из них мужчин - 79, женщин - 134. Всем пациентам проводилось суточное мониторирование АД (СМАД) с помощью монитора CardioTens-01(«Meditech», Венгрия) с интервалом измерений 15 мин. дневной период и 30 мин. – в ночной. Рассчитывали стандартные средние значения АД, показатели суточного ритма, вариабельности и нагрузки. По временному индексу систолического и диастолического АД (ВИ САД и ВИ ДАД) пациенты разделены на группы с ВИ меньше 15%, от 15-30% и больше 30%. Так же всем пациентам определяли МАУ в утренней порции мочи нефелометрическим методом («Arrey-360», Япония). Экскрецию альбумина оценивали по отношению альбумин/креатинин утренней порции мочи.

Анализ полученных данных проводился с помощью пакета прикладных программ «Statistica 6.0» с использованием критерия Спирмена с поправкой Бонферони для множественных сравнений.

Результаты: в группах больных с ВИ САД и ВИ ДАД менее 15% и 15-30% достоверно значимой корреляции уровня МАУ с параметрами СМАД не выявлено. У пациентов с ВИ САД и ВИ ДАД более 30% отмечена связь МАУ со средним уровнем САД и средним уровнем ДАД ($r=0,38$; $p= 0,02$; $r=0,43$; $p=0,009$; соответственно).

Вывод: у лиц с не зарегулированным САД и ДАД, по данным суточного мониторирования АД достоверно выше уровень микроальбуминурии.

0441 ПРИМЕНЕНИЕ ЛИМИТИРОВАННОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОРТАТИВНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО АППАРАТА НА КОНСУЛЬТАТИВНОМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Кожурина А.О., Плюснин А.В., Кузнецов В.А.
Филиал НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, впервые пришедших на прием к кардиологу, лучшим диагностическим подходом была бы комбинация физикального обследования и визуализационной методики. На сегодняшний день портативные ультразвуковые сканеры имеют сходные со стационарными аппаратами характеристики и функциональные возможности.

Целью исследования было определение диагностической и экономической эффективности метода лимитированной ЭхоКГ, проведенной с использованием портативного ультразвукового аппарата, на консультативном кардиологическом приеме, срав-

нение результатов исследования, полученных с помощью лимитированной ЭхоКГ и стандартной.

Материалы и методы: были обследованы 46 пациентов (24 мужчины и 22 женщины, средний возраст 56,75±1,92 года), обратившиеся за консультацией к кардиологу. После записи ЭКГ, физикального обследования, пациенту была проведена ЭхоКГ на портативном ультразвуковом аппарате по сокращенному (лимитированному) протоколу, который включает исследование в В-режиме, используя парастернальный (длинная и короткая ось левого желудочка) и апикальный доступы, и при необходимости М-режим, допплер-ЭхоКГ, исключает измерения размеров полостей сердца. Оценивались клапанные структуры, кинез миокарда в покое, сократительная функции левого желудочка (ЛЖ), наличие или отсутствие перикардита, тромба, аневризмы ЛЖ., гипертрофии ЛЖ. Затем каждый пациент направлялся в отделение ультразвуковых методов исследования для проведения стандартной ЭхоКГ на экспертном ультразвуковом аппарате.

Результаты: Согласие между результатами лимитированной ЭхоКГ и стандартной в выявлении нарушений региональной сократимости миокарда ЛЖ составило 97,5% (Kappa=0,89), гипертрофии миокарда ЛЖ – 89,1% ((Kappa=0,72), митральной регургитации 87% (Kappa=0,74), тромба ЛЖ 100% (Kappa=1), аневризмы ЛЖ – 100% (Kappa=1), в определении сократительной функции ЛЖ 100% (Kappa=1), стеноза аорты 97,8% (Kappa=0,85).

При сопоставлении результатов лимитированной и стандартной ЭхоКГ всех обследованных пациентов 21 (45,7%) человек нуждался в детальном эхокардиографическом обследовании. Продолжительность лимитированной ЭХО-КГ занимала в среднем около 6 минут. Экономическая стоимость данного метода составила 85 рублей, что ниже почти в 9 раз стоимости стандартного эхокардиографического обследования, которая составляет 750 рублей.

Выводы: непосредственное использование лимитированной эхокардиографии на портативном приборе на консультативном кардиологическом приеме может сократить финансовые и временные затраты на диагностику сердечно-сосудистой патологии.

0442 ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ HMG-CoA РЕДУКТАЗЫ НА ЧАСТОТУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПАРОКСИЗМОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Козлова Е.С., Немчук Ф. А., Лопатин Ю.М.
Волгоградский Государственный Медицинский Университет, Волгоградский Областной Клинический Кардиологический Центр, Волгоград, Россия

Цель - Оптимизация лечения больных с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (ФП) путем комплексного воздействия антиаритмических препаратов (ААП) в сочетании со статинами.

Методы исследования - в исследование включено 60 больных, страдающих пароксизмальной формой ФП на фоне ИБС и гиперлипидемии в возрасте 48-69 лет (средний возраст 56,4 лет), не получавших ранее регулярную гипохолестеринемическую терапию. Сопутствующие заболевания – артериальная гипертония у 38 (63%), хроническая сердечная недостаточность у 32 (53%) больных. Длительность аритмического анамнеза составила – 0,5-10 лет (в среднем 3,6 лет). Всем пациентам проведено базовое обследование: биохимическое исследование крови, липидный спектр крови, ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ, эхокардиографическое исследование, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, исследование вариабельности ритма сердца. Все пациенты постоянно принимали ААП 3 класса – амиодарон 200 мг\сутки по пятидневной схеме или соталол – 80-160 мг\сутки ежедневно, ингибиторы АПФ – периндоприл 2-4 мг\сутки, аспирин 100 мг\сутки. Пациенты были разделены на 2 группы, численностью по 30 пациентов каждая, стандартизированные по полу, возрасту, длительности аритмического анамнеза и степени нарушений липидного обмена. Первая группа – без гиполипидемической терапии, вторая группа – с назначением различных статинов – липримар, вазилип, крестор, симвастатин в дозах, обеспечивающих достижение целевого уровня липопротеидов крови (общий холестерин <4,4 ммоль\л, холестерин ЛПНП <2,5 ммоль\л). Полное обследование пациентов повторялось через 3 и 6 месяцев от начала исследования.

Полученные результаты - включение в схему антиаритмической терапии статинов с достижением целевого уровня липопротеидов крови по сравнению с результатами контрольной группы характеризовалось снижением частоты рецидивирования пароксизмов ФП на 38% ($p<0,01$), уменьшением длительности пароксизмов ФП на 49% ($p<0,05$) и значительным улучшением субъективной переносимости пароксизмов на 56% ($p<0,05$). Также отмечено уменьшение передне-заднего размера левого предсердия – на 18% ($p<0,05$) , правого предсердия на 15% ($p<0,05$) и объема левого предсердия на 26% ($p<0,05$), улучшение показателей диастолической функции миокарда. Осложнений, требующих отмены лечения статинами выявлено не было.

Выводы – применение статинов с достижением целевого уровня липопротеидов крови способствует уменьшению количества рецидивов фибрилляции предсердий, сокращению длительности и улучшению гемодинамической переносимости пароксизмов, а также способствует нормализации показателей структуры сердца, что свидетельствует о наличии дополнительного антиаритмического и кардиопротективного эффектов этого класса препаратов, генез которого требует дальнейшего изучения.

0443 ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА

Козлова С.Н., Голубев А.В., Крылова Ю.С., Шляхто Е.В., Незнанов Н.Г., Ефимова И.Ю., Кадинская М.И.
ФГУ "Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова", СПбГМУ имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Цель: Определить изменение показателей функциональной активности тромбоцитов у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с аффективными расстройствами тревожно-депрессивного спектра.

Методы: Было обследовано 46 больных, страдающих стабильными формами ИБС. Все больные тестировались с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии. На основании этих результатов ряду больных проводилось психопатологическое обследование с использованием шкал тревоги и депрессии Гамильтона. Также было обследовано 14 больных, страдающих тревожно-депрессивными расстройствами без проявлений сердечно-сосудистых заболеваний. Функциональная активность тромбоцитов оценивалась на агрегометре АР 2110 методом светорассеивания. В качестве индуктора использовали АДФ в концентрации 1,25 мкМ. Оценивались время и степень агрегации.

Результаты. На основании данных психопатологического обследования все пациенты были разделены на 3 группы. Первую группу составили 32 больных ИБС с клинически значимыми тревожно-депрессивными нарушениями, вторую – группу контроля1 – 14 больных ИБС без аффективных расстройств, третью – группу контроля2 – 14 больных, страдающих тревожно-депрессивными расстройствами без соматической патологии. Анализ функциональной активности тромбоцитов показал статистически достоверные различия в основной и группе контроля1 по обоим показателям. Так, в группе пациентов ИБС с тревожно-депрессивными расстройствами, время агрегации тромбоцитов составило 2 минуты 76 секунд ± 48 секунд, что было достоверно меньше, чем в группе контроля1, где этот показатель составил 5 минут 36 секунд ±1 минута ($p<0,05$). В то же время, степень агрегации была меньше в основной обследуемой группе. В группе страдающих тревогой и\или депрессией степень агрегации составила 42,36%/мин ±5,15%/мин, а в группе контроля – 62,47%/мин ±9,6%/мин ($p<0,05$). Также были выявлены достоверные различия по исследуемым показателям в основной группе и группе контроля 2. В основной группе время аг-

регации составило 2 минут 76 секунд ±48 секунд, а в группе контроля 2 – 84 секунды ±13 секунд (p<0,01). Степень агрегации в основной группе – 42, 36%/мин ± 5,15%/мин, в группе контроля 2 25,4%/мин ±2,53%/мин (p<0,01).

Выводы: Полученные данные могут свидетельствовать в пользу нарушения показателей функциональной активности тромбоцитов у лиц с ИБС в сочетании с тревожно-депрессивными расстройствами: время агрегации у этих больных меньше, чем у больных ИБС без нарушений настроения. Это может быть связано с гиперактивацией симпатоадреналовой системы и гиперкатехоламинемией, более выраженной у лиц с тревогой и депрессией. Уменьшение степени агрегации у лиц с ИБС, тревогой и депрессией является интересным феноменом, возможно связанным с особенностями серотониновых рецепторов у этих больных и требует дальнейшего обследования в этой области.

0444 СКРИНИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЕФОРМИРУЕМОСТИ ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Козловский В.И., Сероухова О.П., Макеева Е.В.
ВГМУ, Витебск, Беларусь

Нарушения деформируемости эритроцитов являются одним из универсальных синдромов, наблюдающихся при целом ряде патологических состояний, и, прежде всего, при патологии сердечно-сосудистой системы. Ухудшение ДЭ может приводить к повреждению эндотелия и в значительной мере способствует развитию артериальной гипертензии. При имеющейся артериальной гипертензии снижение ДЭ приводят к достоверному повышению риска развития инсульта и инфарктов миокарда.

Целью исследования было определение возможности использования исследований деформируемости эритроцитов в оценке тяжести больных с патологией сердечно – сосудистой системы.

Материал и методы исследования. Обследованы 257 больных с патологией сердечно–сосудистой системы, поступивших в кардиологическое отделение 2-ой городской больницы города Витебска. Из них 88 больных артериальной гипертензией (АГ) I-III ст., поступивших в стационар в связи с гипертоническом кризом; 136 – больных хронической ИБС, хронической сердечной недостаточностью (ХСН) IIА–III ст.; 27 - больных с прогрессирующей стенокардией.

Средний возраст обследованных был 56,7±12,3 лет. Мужчин было 102 и 149 – женщин. В контрольной группе обследовано – 108 здоровых людей, у которых при обследовании, включавшем осмотр, измерение АД, оценку ЭКГ, рентгеноскопию грудной клетки патологии не выявлено. Исследования деформируемости эритроцитов проводили по скорости прохождения суспензии по пористым фильтрам. Материал обработан с помощью пакета статических программ «Статистика 6.0».

Результаты. Определено, что у больных с патологией сердечно-сосудистой системы отмечается достоверное снижение деформируемости эритроцитов.

Проведенный анализ позволил выявить достоверное снижение деформируемости эритроцитов у больных с патологией сердечно – сосудистой системы по сравнению с группой здоровых. Причем вероятность повышения ДЭ достоверно коррелировала как со стадией артериальной гипертензии (r=0,38; p<0,05), так и с выраженностью проявлений ИБС (r=0,36; p<0,05), со стадией хронической сердечной недостаточности (r=0,42; p<0,05). Снижение деформируемости эритроцитов коррелировало и с частотой развития гипертонических кризов и летальных исходов при 3-х летнем последующим наблюдением (соответственно r=0,41 и r=0,34).

Полученные данные показывают, что снижение деформируемости эритроцитов, что достоверно ассоциировано с тяжестью поражений сердечно-сосудистой системы и неблагоприятными исходами. Эти данные обосновывают возможность использования скрининговых исследований деформируемости эритроцитов для выделения групп больных с более тяжелым течением заболеваний и возможными неблагоприятными исходами.

0445 ЕЩЁ ОДИН МЕХАНИЗМ ПОВЫШЕНИЯ АГРЕГАЦИИ КЛЕТОЧНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ? РОЛЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ

Козловский В.И., Акулёнок А.В.
ВГМУ, Витебск, Беларусь

У больных артериальной гипертензией (АГ) повреждение эритроцитов является одним из патогенетически значимых факторов злокачественного течения, приводящих к микрогемолитической анемии. Повреждение эритроцитов и поступление содержимого в системный кровоток может существенно повышать агрегацию клеточных элементов крови. Однако недостаточно ясно, является ли этот механизм значимым при кризах у больных АГ с классическим течением заболевания.

Целью работы было изучение числа шизоцитов и определение связи с агрегацией тромбоцитов и лейкоцитов у больных АГ.

Материал и методы исследования. Обследован 71 больной АГ I-III степени, средний возраст 55±9 лет. В контрольную группу включено 53 здоровых человека, средний возраст 53±8 лет.

При поступлении и в конце стационарного лечения анализировали содержания шизоцитов. Число ЦЭК и их содержание в составе скоплений определяли по методу Hladovec J. (1978) с модификацией. Адреналин-индуцированную (конечная концентрация 1*10-5 г/л) агрегацию лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии (ЛТС) проводили с помощью анализатора агрегации тромбоцитов АР 2110 «СОЛАР». Статистическая обработка проведена с использованием пакета программ «Statistica 6.0», результаты представлены в виде M±SD.

Результаты. Уровни систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления в контрольной группе составляли соответственно 125±6 и 80±5 мм рт.ст. Приём гипотензивных препаратов у больных АГ сопровождался снижением САД с 174±21 до 132±11 мм рт.ст. (p<0,05) и ДАД с 98±15 до 83±5 мм рт.ст. (p<0,05).

У здоровых число шизоцитов в крови было 0,2±0,4 на 100 эритроцитов. У больных АГ – 2,2±1,6 на 100 эритроцитов, при повторном исследовании – 1,5±1,3 на 100 эритроцитов. Степень агрегации лейкоцитарно-тромбоцитарной смеси у здоровых была 11,2±2,9%, скорость агрегации – 5,6±2,2% в мин. У больных АГ эти показатели были достоверно больше, соответственно 26,0±8% и 15,0±8,0% в минуту (p<0,05). При гипотензивной терапии отмечено достоверное снижение числа шизоцитов до 1,5±1,3 на 100 эритроцитов и снижение величины (до 21±5,0%; p<0,05) и скорости (до 11,3±5,0% в мин; p<0,05) агрегации лейкоцитарно-тромбоцитарной смеси.

Обнаружена положительная корреляция между числом шизоцитов у больных АГ при поступлении и в конце стационарного лечения и степенью агрегации ЛТС (соответственно r1=0,31; p<0,01 и r2=0,29; p<0,05).

Заключение. Полученные данные показывают, что у больных артериальной гипертензией во время повышения артериального давления отмечается значительное повреждение эритроцитов, что достоверно коррелирует с повышением агрегации лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии. Обоснована необходимость разработки новых методов коррекции последствий повреждений эритроцитов, в частности предупреждения агрегации лейкоцитов и тромбоцитов.

0446 ИЗМЕНЕНИЕ АГРЕГАЦИИ ЛЕЙКОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНОЙ СУСПЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ПНЕВМОНИЯХ

Козловский В.И., Дубас И.О., Акуленок А.В., Морхат Г.М., Оленская Т.Л., Довгялло Г.В., Соболев С.М., Самсонов Н.М., Сероухова О.П., Печерская М.С.
ВГМУ, 2-я гор. больница, Витебск, Беларусь

У больных с артериальной гипертензией отмечаются выраженные нарушения микроциркуляции. Возникновение пневмонии существенно усугубляет эти нарушения. Однако настоящего времени изменения агрегационных свойств клеточных элементов крови при пневмонии у больных АГ исследованы недостаточно.

Цель. Определение агрегации лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии у больных артериальной гипертензией (АГ) при развитии внегоспитальной пневмонии (ВП).

Материал и методы. Обследованы 94 больных ВП. Диагноз ВП верифицирован с помощью рентгенологического обследования у всех больных. В основной группе (n=34) были больные АГ II степени, в контрольной (n=60) – больные пневмонией без заболеваний сердечно-сосудистой системы. Пациенты основной группы получали антибактериальную и гипотензивную терапию, контрольной – только антибактериальную. Агрегация лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии исследовалась с помощью агрегометра «СОЛАР» на 1-3 сутки после установления диагноза острой пневмонии и на 11-15 сутки стационарного лечения. Индуктором агрегации был раствор адреналина (5*10-5 г/л). Материал обработан с помощью пакета программ «Statistica 6.0».

Результаты. У больных АГ и ВП отмечается достоверно более выраженная агрегация лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии, нежели у больных с пневмониями без патологии сердечно-сосудистой системы (соответственно 22,4±4,1% и 19,5±6,6%). У больных основной группы в конце стационарного лечения снижение агрегации лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии выражено меньше (соответственно 22,4±4,1% и 19,5±4,6%, $p<0,05$), нежели у больных с одной пневмонией (19,5±6,6% и 15,2±5,1%, $p<0,05$). Число гипертонических кризов в течение 6 мес. после перенесенной ВП [95 кризов у 45 (40,2%) больных АГ] достоверно превышали показатели до заболевания [57 кризов у 40 (35,7%) больных АГ]. Выявлены достоверные ($p<0,05$) положительные корреляции между возникновением криза в последующие 6 месяцев после ВП и возрастом больных ($r=0,22$), содержанием гаптоглобина ($r=0,24$), глюкозы крови ($r=0,23$), уровнем СОЭ до и после курса лечения (соответственно $r1=0,20$ и $r2=0,31$), наличием сахарного диабета ($r=0,29$), уровнем лейкоцитов в крови ($r= 0,41$), скоростью и величиной агрегации лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии ($r=0,38$). Связь с частотой гипертонических кризов выявлена также для фракций лейкоцитов до лечения: сегментоядерных лейкоцитов ($r=0,26$) и лимфоцитов ($r=-0,24$).

Заключение. У больных АГ при развитии пневмонии отмечается повышение агрегации лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии. Эти данные указывают на необходимость разработки методов лечения включающих коррекцию агрегационных свойств клеточных элементов у этой группы больных, что может быть рационально для профилактики развития гипертонических кризов.

0447 ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИИ МИКРОГЕМОДИНАМИКИ У ЗДОРОВЫХ ТРУДОСПОСОБНЫХ МИГРАНТОВ ВЫСОКИХ ШИРОТ

Колбасин Л.Н., Мамедова С.И.
ГУ Научно-исследовательский институт медицинских проблем Крайнего Севера РАМН, Надым, Россия

Цель: оценить состояние вегетативной регуляции микроциркуляторного русла в зависимости от уровня адаптации и длительности северного стажа у здоровых мигрантов Крайнего Севера в возрасте 20-59 лет.

Материал и методы: В исследовании участвовало 200 здоровых пришлых жителей Крайнего Севера, из них 150 человек с удовлетворительной адаптацией (УА) (1 группа) и 50 человек с донозологическим состоянием (ДН) по Баевскому Р.М. (2 группа). Средний возраст обследованных составил 38,7±9,5 лет, северный стаж – 20,9±6,9 лет. В каждой адаптационной группе выделяли лиц с длительностью северного стажа менее и более 15 лет. Всем участникам проводили лазерную допплеровскую флоуметрию (ЛДФ) на одноканальном аппарате «ЛАКК–02» (НПП «ЛАЗМА», Россия). Лазерный зонд (η=0,63 мкм) фиксировался на коже волярной поверхности дистальной фаланги указательного пальца левой верхней конечности. Оценивали среднее арифметическое значение показателя микроциркуляции (ПМ) и ΔПМ (разницу между исходной перфузией и максимальным понижением ПМ во время пробы по отношению к базальной перфузии, выраженную в процентах) по результатам дыхательной пробы (ДП).

Результаты: По данным исследования базального кровотока установлено, что в целом ПМ составил 12,45±5,31 пф.ед. Сравнительный анализ с учетом уровня адаптации показал, что ПМ во 2 группе превышал таковой у лиц 1 группы на 15,95% ($p<0,01$), составляя 14,42±6,24 пф.ед. Также выявлен рост ПМ с увеличением длительности проживания в высоких широтах более 15 лет в каждой из групп, указывающий на увеличение кровенаполнения микроциркуляторного русла. Анализ данных ДП в исследуемых группах показал, что микроциркуляторное русло респондентов 1 группы с северным стажем менее 15 лет давало более выраженный ответ на задержку дыхания (на 10,06%, $p<0,001$) в сравнении с лицами, прожившими на Крайнем Севере более 15 лет (39,93±4,79% против 35,91±4,10%). У лиц из 2 группы данная разница составила 22,64% ($p<0,001$) – 43,28±5,62% против 33,48±4,08%. Показана отрицательную связь средней силы между ΔПМ и длительностью проживания в высоких широтах ($r= –0,48$, $p=0,04$), указывающим на снижение симпатической активности вегетативной нервной системы с увеличением полярного стажа. Если у лиц, северный стаж которых был менее 15 лет, с ухудшением адаптации происходил рост ΔПМ на 7,74% ($p<0,05$), то, напротив, у мигрантов-старожилов происходило его уменьшение на 6,76% ($p<0,001$).

Выводы: Таким образом, изучение результатов пробы с задержкой дыхания среди здоровых мигрантов в возрасте 20-59 лет, проживающих в условиях Крайнего Севера, показало, что увеличение кровенаполнения микроциркуляторного русла связано со снижением реакции симпатического отдела вегетативной нервной системы; при этом отрицательная динамика симпатической активности вегетативной нервной системы коррелирует с ухудшением адаптивных возможностей организма и увеличением длительности проживания в высоких широтах.

0448 ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Колесникова А.В., Ивлева А.Я., Сивкова Е.Б., Минина Е.С., Окоемов М.Н.
ФГУ «Поликлиника №3» Управления делами Президента РФ, Москва, Россия

Актуальность. Фибрилляция предсердий (ФП) часто наблюдается у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и ухудшает прогноз. Ранняя диагностика ХСН при сохранной систолической функции левого желудочка затруднена, особенно при ФП, что является основной причиной запаздывания с назначением адекватной терапии.

Целью исследования являлось исследование диагностической ценности повышения уровня мозгового натрийуретического пептида (МНУП) для раннего выявление ХСН у пациентов с ФП неклапанного генеза и диагнозом ХСН с сохранной систолической функцией, поставленным на основе клинических, лабораторных и эхокардиографических (ЭхоКГ) данных.

Материалы и методы. В исследование были включены 24 пациента с постоянной формой ФП и частотой сердечных сокращений на уровне не выше 90 уд/мин при использовании дигоксина и/или бета-адреноблокатора. Все пациенты получали антитромботические средства (оральные антикоагулянты или аспирин). Средний возраст соответствовал 69+/-6 годам, 58% - мужчины. Все пациенты имели диагноз ХСН с фракцией выброса ЛЖ (ФВ) не ниже 40%. Установление функционального класса ХСН производили по 6-минутному тесту ходьбы (6-МТХ). Уровень МНУП определяли методом иммуноферментного ана-

лиза и анализировали в каждой из групп пациентов, сформированных по трем функциональным классам.

Результаты. Представленные данные результатов ЭхоКГ, 6-МТХ и МНУП в группе пациентов с ФП и ХСН с сохранной ФВ свидетельствуют о наличии параллелизма между снижением толерантности к физической нагрузке и повышением уровня МНУП у пациентов с ХСН II и III функциональных классов. В группе пациентов с ХСН I функционального класса повышение уровня МНУП выше 29 пмоль/л было зарегистрировано у 3 пациентов с увеличением ЛП более чем 4,2 см. Установлен параллелизм в повышении уровня мозгового натрийуретического пептида (МНУП) и снижения толерантности к физической нагрузке.

Показатель	6-МТХ		
	I ФК по NYHA n = 7	II ФК по NYHA n = 7	III ФК по NYHA n = 10
КДР, см	5,2+/-0,02	5,5+/-0,1	5,7+/-0,13
КСР, см	3,8+/-0,05	4,0+/-0,1	4,2+/-0,3
ФВ ЛЖ,%	51,9+/-1,09	49,4+/-1,6	44+/-2,0
ЛП,см	4,2+/-0,41	4,5+/-0,29	4,9+/-0,11
Объем ЛП,мл	94,3+/-3,0	98,2+/-3,2	105+/-3,8
МНУП, пмоль/л	25+/-12	37+/-11	62+/-22

Выводы. Определение уровня МНУП у пациентов с МА неклапанного генеза и ХСН является клинически важным лабораторным тестом для раннего выявления ХСН и определения функционального класса у пациентов с сопутствующими заболеваниями, не позволяющими проведение 6-МТХ.

0449 ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОЛИМОРФИЗМЫ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ТРОМБОЗАМИ, И ПРОГНОЗ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС

Комаров А.Л., Шахматова О.О., Стамбольский Д.В., Ребриков Д.В., Кофиади И.А., Сироткина О.В., Миронова И.Ю., Деев А.Д., Добровольский А.Б., Панченко Е.П.
ФГУ РКНПК, Москва, Россия; ФГУ ГНИЦ ПМ, Москва, Россия; ЗАО «НПФ ДНК-Технология», Москва, Россия

Цель: Изучить роль генетических полиморфизмов, ассоциированных с тромбозами, в развитии сердечно-сосудистых осложнений у больных хронической ИБС (ХИБС).

Методы: в исследование было включено 287 пациентов (76,4% мужчин, возраст 60,6±8,9 лет) ХИБС, критериями диагноза которой было наличие стенокардии, или анамнез острого коронарного синдрома (ОКС), аортокоронарного шунтирования (АКШ), чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ). На момент включения эпизод ОКС (давностью >2 мес) перенесли 69,3% больных. ЧКВ выполнено у 41,1%, АКШ – у 19,2% больных. Частота факторов риска: курение-22,6%, артериальная гипертензия-83,3%, диабет-19,5%, гиперлипидемия-71,1%. Ишемическая болезнь мозга (ИБМ) (ишемический инсульт/транзиторная ишемическая атака (ИИ/ТИА) в анамнезе) была у 12,9%, мерцательная аритмия (МА) – у 5,5%, уровень креатинина > 1,2 мг/дл – у 18,1% больных. Все пациенты принимали антиагреганты (аспирин и/или клопидогрель), ингибиторы АПФ, статины. Больные наблюдались на протяжении 24 месяцев. Учитывались следующие фатальные и нефатальные исходы: внезапная сердечно-сосудистая смерть; ОКС; ИИ/ТИА; тромбоз периферических артерий, потребность в реваскуляризации пораженного сосудистого бассейна. В модели Кокса была определена прогностическая значимость классических факторов риска в сочетании с рядом протромботических полиморфизмов (см. ниже).

Результаты: Распространенность изученных протромботических полиморфизмов (гетеро-/гомозиготы): фактор V-Leiden 4,6/0,4%; полиморфизмы рецепторов тромбоцитов: GPIIIa (C1565T) 19,7/9%; P2Y12 (C18T) 39,8/15,5%; P2Y12 (G36T) 22,3/7,3%; полиморфизмы ферментов, участвующих в обмене гомоцистеина: метилентетрагидрофолатредуктазы MTHFR (C677T) 31,7/12,2%; MTHFR (A1298C) 43,6/12,9%, метионинсинтазы MTR (A2756G) 7,3/31,5% и метионинсинтазы-редуктазы MTRR (A66G) 33,8/41,8%. За 2 года наблюдения зарегистрировано 64 неблагоприятных исхода (внезапная сердечная смерть – 4, ОКС - 19 (2 фатальных), ИИ/ТИА-10, периферический тромбоз-1, ЧКВ/АКШ – 30). Признаками, обладающими прогностической значимостью в отношении развития неблагоприятных исходов, оказались: ИБМ (ОР 3,0; 95% ДИ 1,4 – 6,4), стабильная стенокардия (ОР 3,5; 95% ДИ 1,6–7,7), ЧКВ в анамнезе (ОР 0,4; 95% ДИ 0,2–0,8), МА (ОР 3,2; 95% ДИ 1,1–9,2), креатинин >1.2 мг/дл (ОР 1,4; 95% ДИ 1,1–1,7), а также гомо- и гетерозиготные полиморфизмы: фV Leiden (ОР 20,2; 95% ДИ 2,3–174,4), MTHFR C677T (ОР 2,3; 95% ДИ 1,2–4,3) и MTR (ОР 1,6; 95% ДИ 0,0–2,9).

Выводы: наряду с классическими факторами риска, мутации фV Leiden, MTHFR C677T и MTR A2756G являются независимыми предикторами сердечно-сосудистых осложнений у пациентов ХИБС.

0450 ЗНАЧЕНИЕ ОБУЧАЮЩИХ ШКОЛ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЭТОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Комиссаренко И.А., Лазебник Л.Б.
Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва, Россия

В Москве организованы школы по артериальной гипертонии (АГ) для участковых терапевтов. Занятия в школах проводятся в виде интерактивных семинаров.

Цель школы – формирование четких представлений по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертонии согласно Российским рекомендациям.

Аудитория (10-12 человек): участковые терапевты, зав. терапевтическими отделениями, терапевты, организующие школы по АГ для пациентов.

Задачи обучения: после окончания школы участники должны знать:

1) факторы риска АГ, 2) комплекс обязательных и дополнительных методов обследования пациентов с АГ, 3) классификации АГ и тактику ведения больных, 4) профилактику и немедикаментозные методы лечения, 5) лекарственную терапию АГ.

В начале занятий выясняется круг вопросов, которые желают обсудить участники школы. Для определения исходного объема знаний врачей проводятся тестовые контроли до начала занятий. В начале каждого блока участники школы письменно отвечают на поставленные лектором вопросы, затем идет обсуждение, выбор и обоснованность правильных решений, после этого лектор подводит итог – лекция, в которой касается основных вопросов.

Завершается школа подведением итогов тестового контроля (содержащего те же вопросы, что и в начале занятий).

Проведение подобных школ не только повышает уровень знаний и систематизирует их, но и позволит грамотно проводить беседы с пациентами, назначать обследования, формулировать диагноз и вести мониторинг больных с АГ. А также проводить занятия по АГ для больных, что значительно повышает мотивацию к терапии, как немедикаментозной, так и лекарственной.

Эффективность обучаемости врачей отражает улучшение некоторых показателей. А именно, увеличилась посещаемость населения кабинетов доврачебного контроля с 419,9 тыс. до 1 млн 139 тыс., больше пациентов стали посещать школы для больных с артериальной гипертонией (с 6742 в 2002 году до 56357 в 2006 году). Снизилась частота вызовов скорой медицинской помощи по поводу артериальной гипертонии у больных: в возрасте до 40 лет в 2004 году - 72,5%, в 2006 году - 69,1%; в возрасте 40-59 лет в 2004 году - 62,4%, в 2006 году - 59,6%; у пациентов 60-79 лет в 2004 году - 53,6%; в 2006 году - 50,2%; старше 80 лет в 2004 году -56,6%, в 2006 году - 52,3%.

Следует отметить повышение приверженности больных АГ к лечению: если в 2004 году соблюдали рекомендации врача по лекарственной терапии в амбулаторных условиях только 35% больных, то в 2007 году – 64%

Улучшение качества оказания помощи больным артериальной гипертонией, эффективность лечения АГ приводит к уменьшению развития осложнений.

0451 ФЕРРИТИН КАК МАРКЕР ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Комиссарова С.М.[1], Феоктистова Н.В.[1], Кравчук З.И.[2], Марцев С.П.[2]
ГУ Республиканский научно-практический центр «Кардиология»[1], Минск, Беларусь; ГУ Республиканский научно-практический центр гематологии и трансфузиологии[2], Минск, Беларусь

Цель: исследование уровня ферритина у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы: обследованы 72 больных ИБС (средний возраст 56,2±0,7 лет, 60 мужчин) с верифицированным при коронарографии двух-трехсосудистым поражением коронарных артерий, которые были разделены на 2 группы. Первую группу составили 38 больных ИБС с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа, у 34 больных диагностирована ИБС без сопутствующих заболеваний. Диагноз СД 2 типа устанавливался эндокринологом на основании анамнеза заболевания (длительность диабета 2,3±0,2 года, ИМТ 31,5±0,5), данных уровня глюкозы крови натощак выше 7 ммоль/л. В исследование не включались пациенты с острым инфарктом миокарда, нестабильной стенокардией. Всем больным проводился динамический контроль электрокардиограммы (ЭКГ), эхокардиографии, теста 6-минутной ходьбы, холтеровского мониторирования ЭКГ, биохимических показателей крови (КФК, МБ-КФК, АЛТ, АСТ, ЛДГ, глюкоза, холестерин, триглицериды, холестерин ЛПВП, холестерин ЛПНП, мочевина, креатинин, билирубин, фибриноген), общего анализа крови и мочи. Исследовали вч-СРБ иммунотермодиметрическим методом и ферритин методом иммуноферментного анализа. У всех обследованных пациентов отсутствовала анемия, и уровень гемоглобина превышал 120 г/л.

Результаты: при анализе уровней маркеров воспаления у больных ИБС с сопутствующим СД 2 типа, было выявлено значительное повышение провоспалительных показателей в сравнении с группой контроля. Нами были получены следующие результаты: уровень ферритина в 1-ой группе составил 595,1±70,4 мкг/л, во 2-ой группе 47,6±3,8 мкг/л ($p<0,005$), уровень вч-СРБ в первой группе составил 8,62±0,64 мг/мл, во 2-ой 5,56±0,45 мг/мл ($p<0,01$), уровень фибриногена в 1-ой группе составил 5,5±0,45 г/л, во 2-ой группе 2,6±0,2 г/л ($p<0,01$). Распределение пациентов ИБС по уровню ферритина и степени поражения коронарного русла выявило достоверную связь между степенью поражения коронарного русла и уровнем ферритина (хи-квадрат=14,3; $p=0,005$); при многососудистом поражении коронарных артерий определялось более выраженное повышение уровня ферритина по сравнению с одососудистым (339,1 мкг/мл против 220,1 мкг/мл,$p<0,01$), достоверно более высокий уровень этого показателя наблюдался при многососудистом поражении коронарных артерий и сопутствующем СД 2 типа (602,2 мкг/л, $p=0,006$).

Выводы: у больных ИБС с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа определяются более высокие показатели маркеров воспаления (вч-СРБ, ферритин, фибриноген), чем у больных без сопутствующего сахарного диабета 2 типа, что подтверждает патогенетическое влияние сахарного диабета 2 типа на воспалительные механизмы развития атеросклероза. Повышение уровня ферритина у больных ИБС с сопутствующим СД 2 типа скорее является результатом воспалительного механизма, чем отражением резерва железа в организме.

0452 ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ: БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Комиссарова С.М., Островский Ю.П., Севрук Т.В., Вайханская Т.Г., Рачок Л.В.
ГУ РНПЦ «Кардиология», Минск, Беларусь

Цель исследования: оценка ближайших и отдаленных результатов хирургической коррекции больных первичной гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП), проживающих на территории Республики Беларусь.

Материалы и методы: за период 2006– 2008гг в ГУ РНПЦ «Кардиология» обследованы 97 больных с первичной ГКМП, обструктивная (ОГКМП) выявлена у 57 (58,7%) больных, из них отобраны 12 (21%) больных (средний возраст 32,9±8,9 лет, 6 мужчин и 6 женщин) с высоким градиентом давления (88±25 мм рт.ст.) в выносящем тракте левого желудочка (ВТЛЖ), с прогрессированием симптомов заболевания и отсутствием эффекта от медикаментозной терапии, нуждающихся в хирургической коррекции. Всем больным проводилась эхокардиография по разработанному протоколу, ХМ ЭКГ, велоэргометрическая проба для выявления динамической обструкции.

Результаты: миосептэктомия выполнена у 6 (10,5%) пациентов с преимущественной гипертрофией базальных отделов межжелудочковой перегородки (толщина МЖП 2,4±0,4 см) с наличием высокого градиента давления (87±24 мм рт.ст.) в ВТЛЖ. Миосептэктомия в сочетании с пластикой митрального клапана (МК) выполнены у 4 (7%) больных с градиентом давления 89±25 мм рт.ст. и митральной регургитацией III-IV степени. Миосептэктомия в сочетании с иссечением гипертрофированных папиллярных мышц и протезированием МК была выполнена у 2 (3,5%) пациентов в возрасте 17 и 35 лет с преимущественной гипертрофией в средних и верхушечных сегментах ЛЖ (толщина стенки 2,3 см), всех сегментов МЖП (толщина 2,4 см), с динамической внутрижелудочковой обструкцией (градиент давления 35 мм рт.ст.) и наличием митральной регургитацией III степени. В ближайшем послеоперационном периоде 4 (7%) пациентам в связи с развившейся полной A-V блокадой был имплантирован ЭКС в режиме DDD, у всех больных градиент давления в ВТЛЖ снизился с 88±25 до 14 мм рт.ст ($p<0,006$). В отдаленном периоде (38±4,2 месяцев) отмечено исчезновение одышки, синкопальных состояний, снижение функционального класса (ФК) сердечной недостаточности по классификации NYHA с III до I, ФК стенокардии по Канадской классификации с II до I. При динамическом эхокардиографическом обследовании градиент давления в ВТЛЖ не превышал 7 мм рт.ст (снижение на 92% от исходного уровня), внутрижелудочковый градиент давления 4 мм рт.ст. (на 88,6% от исходного уровня) после иссечения папиллярных мышц и пластики МК. Толщина МЖП уменьшилась с 2,4±0,4 см до 1,3±0,3 см, толщина средних и верхушечных сегментах ЛЖ с 2,3 см до 1,4 см, полностью исчезла регургитация МК. В послеоперационном периоде все пациенты получали β-адреноблокаторы (бисопролол 5-10 мг, эгилок 50-100 мг), престариум 2-4 мг с целью коррекции диастолической дисфункции.

Выводы: результаты проведенных исследований свидетельствуют об эффективности кардиохирургической коррекции тяжелых форм первичной ГКМП. Данный подход обеспечивает хорошие ближайшие и отдаленные результаты у этой тяжелой категории больных.

0453 СТРУКТУРНО-ГЕОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Кононова Е.С. Колбасников С.В.
ГОУ ВПО Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия

Цель: изучить особенности ремоделирования левого желудочка у больных артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от величины массы тела.

Методы исследования: обследовано 130 пациентов страдающих АГ (мужчин – 45, женщин - 85), средний возраст 54,9±0,9 лет. АГ I стадии была у 15 (11,5%), АГ II - у 60 (46,2%), АГ III - у 55 (42,3%) обследованных. Больные с наличием ИБС в анамнезе были исключены из исследования. В зависимости от величины

индекса Кетле (ИК) пациенты были разделены на 3 группы. 1-ю составили 20 (16,6%) больных с нормальной массой тела (ИК – 23,9±1,2 кг/ м²), 2-ю – 52 (43,3%) с избыточной массой тела (ИК – 27,7±1,5кг/м²), 3-ю – 58 (48,3%) с ожирением (ИК – 35,0±0,5 кг/м²). При проведении эхокардиографического исследования наличие гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) оценивалось по индексу массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ). Отсутствие ГЛЖ выявлялось при ИММЛЖ у мужчин менее 116 г/ м², у женщин – 104 г/м². Диастолическая функция регистрировалась на основании максимальной скорости трансмитрального кровотока в период быстрого (пик Е), медленного (пик А) наполнения, времени изоволюмического расслабления (ВИР). Для оценки структурно-геометрических (ремоделирования) изменений левого желудочка использовался индекс объем/масса (ИОМ). При ИОМ<0,75мл/г диагностировался концентрический вариант ремоделирования, при ИОМ>1,1мл/г – эксцентрический.

Полученные результаты: у больных 1-й группы ММЛЖ и ИММЛЖ были выше нормальных значений и соответственно составили: 209,6±10,4г и 120,3±5,7г/м²; ИОМ - 0,47±0,03 мл/г, что свидетельствует о концентрическом типе ремоделирования. Нарушение диастолической функции отмечалось у 60% обследованных. Во 2-ой группе ММЛЖ и ИММЛЖ регистрировались достоверно выше, по сравнению с больными 1-й группы, соответственно составив: 248,9±6,4 г ($p<0,05$) и 137,4±3,9 г/м² ($p<0,001$). ИОМ достоверно был ниже 0,38±0,01 ($p<0,01$) мл/г. Нарушение диастолической функции левого желудочка отмечалось у 57,7% обследованных. В 3-й группе ММЛЖ и ИММЛЖ прогрессивно увеличивались, соответственно составив 272,7±9,2 г($p<0,05$) и 139,2±5,3 г/м². Величина ИОМ (0,38±0,01 мл/г) была ниже, чем в 1-й группе, однако не отличалась от лиц с избыточной массой тела. Нарушение диастолической функции ЛЖ отмечалось у 79,3% обследованных.

Выводы. Таким образом, у больных АГ с ожирением регистрируется выраженная гипертрофия ЛЖ, сочетающаяся с концентрическим типом ремоделирования и диастолической дисфункцией, что обуславливает более высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

0454 ВЗАИМОСВЯЗЬ ХАРАКТЕРИСТИК МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ, ГЕМОРЕОЛОГИИ И ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Константинова Е.Э.[1], Цапаева Н.Л.[1], Трисветова Е.Л.[2], Миронова Е.В.[1], Варанцкая Н.М.[3], Ермолкевич Р.Ф.[3], Милютина Д.А.[1]
Республиканский научно-практический центр «Кардиология»[1], Минск, Беларусь; Белорусский государственный медицинский университет[2], Минск, Беларусь; 432 Главный военный клинический медицинский центр вооруженных сил РБ[3] , Минск, Беларусь

Цель: оценить взаимосвязь состояния микроциркуляции и параметров гемореологии со степенью изменений функции эндотелия у практически здоровых мужчин молодого возраста.

Методы: В исследование включено 27 практически здоровых мужчин молодого возраста (средний возраст 23,1±1,01 года). По методике D.Celermajer et al. исследовали эндотелиальную функцию на уровне плечевой артерии (ПА) с применением теста реактивной гиперемии (РГ). Диаметр артерии оценивали в покое, после РГ на 30, 60 и 90-й сек. Состояние микроциркуляции изучали методом компьютеризированной конъюнктивальной биомикроскопии с использованием щелевой лампы ЩЛ-3Г. Показатели транспорта кислорода в ткани определяли методом неинвазивной оксиметрии в условиях пробы с локальной ишемией с применением кислородного монитора ТСМ2. Деформируемость эритроцитов (ДЭ) оценивали по индексу ригидности (ИРЭ), измеренному методом фильтрации 2% суспензии клеток через мембранные ядерные фильтры с диаметром пор 3 мкм. Степень агрегации красных клеток крови определяли по скорости оседания эритроцитов через два часа (СОЭ2) в стеклянных капиллярах диаметром 3 мм и длиной 200 мм.

Результаты: В зависимости от степени прироста диаметра плечевой артерии во время пробы с РГ все обследованные были разделены на три группы: 1-я прирост диаметра ПА менее 8,8%; 2-я – от 8,8 до 13%; 3-я - более 13%. По данным конъюнктивальной биомикроскопии наиболее низкое количество функционирующих капилляров установлено у обследованных 3-й группы (1,85±0,093; 1,5±0,078; 2,5±0,13 баллов; соответственно). При этом наиболее высокая степень извитости микрососудов была в группе пациентов с минимальным приростом диаметра ПА во время пробы с РГ. В результате оценки показателей транспорта кислорода в ткани установлено, что максимальная скорость восстановления кислорода в ткани также имела место у пациентов 1-й группы. При этом значение показателя объемного кровотока после ишемической пробы было наиболее высоким у пациентов группы 2. Анализ результатов оценки реологических свойств крови показал, что у пациентов с максимальным расширением ПА после пробы с РГ (3-я группа) имеет место наиболее низкая агрегационная способность эритроцитов.

Выводы: полученные данные указывают на взаимосвязь морфологических и транспортных показателей состояния системы микроциркуляции с характером изменений функции эндотелия. При этом реологические свойства крови в значительной мере зависят от способности эндотелия к выработке вазодилатирующих факторов.

0455 ХАРАКТЕРИСТИКА АГРЕГАЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИИ СЕРДЦА

Константинова Е.Э., Цапаева Н.Л., Милютина Д.А., Миронова Е.В., Иванова Л.А.
Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь

Цель: изучить особенности агрегационной способности эритроцитов при артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС).

Методы: В исследование включено 26 больных с АГ 2 степени (средний возраст 46±1,5 лет; мужчин 16; женщин 10); 77 пациентов со стабильной стенокардией 2-3 функционального класса (средний возраст 54±1,19 года; мужчин 58; женщин 19); 45 практически здоровых лиц (средний возраст 42±0,6 года; мужчин 16; женщин 29). Степень агрегации красных клеток крови определяли по скорости оседания эритроцитов через 1 (СОЭ1) и 2 часа (СОЭ2) в стеклянных капиллярах диаметром 3 мм и длиной 200 мм. Для детальной оценки процесса оседания эритроцитов (ОЭ) и определения параметров их агрегационной способности измеряли положение границы «плазма-эритроциты» в течение 2 часов. Зависимость h(t) аппроксимирована как полиномальная функция 2-й степени, на основе которой определялись следующие параметры: t0 – время от момента фиксации столба крови в капилляре до начала ОЭ; t1 – время первой фазы ОЭ; t2 – время второй фазы ОЭ; t3 – время третьей фазы ОЭ; v1 – скорость ОЭ в первой фазе процесса; v2 – скорость ОЭ во второй фазе процесса; v3 – скорость ОЭ в третьей фазе процесса. У всех обследованных были также определены показатели липидного состава плазмы крови.

Результаты: Сравнение параметров седиментации и ОЭ между подгруппами мужчин и женщин с АГ показало, что СОЭ2 у женщин выше ($p<0,1$). СОЭ1, v2, t2 и t0 в данных подгруппах не различаются. При ИБС у женщин СОЭ1, СОЭ2 выше ($p<0,001$; $p<0,001$), а t0 ниже ($p<0,01$), чем у мужчин. При этом v2 и t2 в этих подгруппах также не различаются. Сравнение представленных показателей в группах практически здоровых женщин и мужчин показало, что у женщин СОЭ1, СОЭ2 и v2 достоверно выше, а t0 ниже ($p<0,05$). У женщин с АГ СОЭ1 и СОЭ2 достоверно ниже, чем в аналогичной подгруппе здоровых лиц. Различий в показателях v2, t0 и t2 при сравнении указанных подгрупп не отмечено. У женщин с ИБС СОЭ1 и СОЭ2 достоверно выше, а t0 достоверно ниже по сравнению со здоровыми женщинами. Показатели v2 и t2 в данных подгруппах не различаются. При ИБС у женщин СОЭ1 и СОЭ2 выше ($p<0,001$; $p<0,001$), а t0 ниже ($p<0,02$), чем в аналогичной подгруппе больных АГ. У мужчин при АГ значения t0 ниже, чем у

здоровых мужчин. Достоверных различий СОЭ1, СОЭ2, v2 и t2 между группами мужчин с АГ и здоровыми не установлено. У мужчин с ИБС имеют место более высокие значения СОЭ1, СОЭ2 и v2 и более низкие показатели t0 и t2 по сравнению с аналогичной подгруппой здоровых лиц. При ИБС у мужчин СОЭ1, СОЭ2 и v2 выше, а t2 ниже ($p<0,05$) по сравнению с подгруппой мужчин с АГ.

Выводы: Агрегационная способность эритроцитов у женщин, как в норме, так и при наличии сердечно-сосудистой патологии, выше, чем у мужчин. У больных ИБС агрегационная способность эритроцитов выше, чем при АГ и у здоровых лиц. При наличии сердечно-сосудистой патологии с повышением атерогенного потенциала плазмы крови увеличивается агрегационная способность эритроцитов.

0456 ABC И VEN-АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ЗАТРАТ НА МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ТЕРАПИЮ ПОД ВЛИЯНИЕМ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Концевая А.В., Калинина А.М., Спивак Е.Ю.
ФГУ ГНИЦ Профилактической медицины, Москва, Россия

Целью работы являлась оценка динамики структуры медикаментозной терапии и затрат на нее методами ABC и VEN-анализа под влиянием обучения пациентов с ИБС в Школе здоровья Материалы и методы:

Материалы и методы: в исследование включено 100 пациентов с диагнозом «ИБС, стенокардия напряжения», которые были рандомизированы в 2 группы: группу профилактики и группу сравнения. В течение 12 месяцев в обеих группах проводилось наблюдение и лечение пациентов врачами городской поликлиники по стандарту ведения пациентов с диагнозом стабильная стенокардия. Пациенты группы профилактики дополнительно прошли обучение в Школе здоровья для больных ИБС. Проведен ABC, VEN и частотный анализ медикаментозной терапии пациентов в течение 12 месяцев до и 12 месяцев после включения в исследование.

Результаты. При анализе полученных результатов выявлено, что исходно в группах профилактики и сравнения в категорию А входило 10-12 препаратов разных классов, причем наибольшие затраты приходились на пролонгированные препараты нитроглицерина (в группе профилактики 16,1% всех затрат при частоте применения 58%). На втором месте по затратам оказался симвастатин (объем затрат 13%, частота применения 12%). Также к категории А группы профилактики были отнесены аторвастатин, ловастатин, амлодипин, индапамид, триметазидин, фозиноприл, каптоприл, капилар и метопролол.

За период наблюдения в группе профилактики после обучения пациентов наблюдаются существенные изменения структуры затрат на медикаментозные препараты. Так, существенно повысилась частота применения симвастатина (с 12% до 46%), что обусловило увеличение затрат на его применение (с 13,0% до 26,2%). Возросли объем затрат и частота применения аторвастатина (объем затрат 7,0%, частота применения 20%). Вторым по объему затраченных средств оказался бета-блокатор бисопролол (объем затрат 26,2%, частота применения 46%), который до обучения входил в категорию С и характеризовался низкой частотой применения. Также наблюдалось сокращение затрат на пролонгированные препараты нитроглицерина вследствие рационального использования антиангинальных свойств современных бета-блокаторов и короткодействующего нитроглицерина. Также после обучения препарат капилар переместился из категории А в категорию С с существенным сокращением как объема затрат так и частоты применения (объем затрат 0,9%, частота применения 4%). В группе сравнения на протяжении периода наблюдения динамика затрат на медикаментозную терапию была незначительной.

Заключение. ABC и VEN анализ оказался полезным методом как для оценки исходной структуры принимаемых препаратов и затрат на терапию ССЗ, так и для оценки изменений этой структуры и затрат под влиянием обучения.

0457 ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЦИРКАДНОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ РАЗВИТИЯ «ЖЕСТКИХ» КОНЕЧНЫХ ТОЧЕК У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПО ДАННЫМ СЕМИЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

Конысбекова А.У., Джунусбекова Г.А., Тундыбаева М.К., Джусипов А.К.
Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней, Алматы, Казахстан

Цель исследования: анализ частоты развития за семь лет «жестких» конечных точек у больных эссенциальной артериальной гипертонией (АГ) в зависимости от исходных особенностей суточного профиля артериального давления (АД).

Материалы и методы. Ретроспективно проведен анализ частоты развития за семь лет «жестких» конечных точек (внезапная сердечная смерть, общая и сердечно-сосудистая смертность, инфаркт миокарда, инсульт, ишемическая болезнь сердца, застойная сердечная недостаточность, сахарный диабет) у 82 больных АГ 1-3 степени без ассоциированных заболеваний, находившихся на стационарном лечении в отделении АГ НИИ кардиологии и внутренних болезней в период 2000-2001гг. В процессе верификации диагноза всем пациентам после двухнедельного отмывочного периода проводилось суточное мониторирование АД (СМАД) с использованием портативного аппарата «Meditex» ABPM-02\o (Венгрия). Помимо общеклинических исследования, пациентам проводилось ЭКГ в 12 стандартных отведениях, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру с использованием аппарата «Кардиотехника-04-АД-3», эхокардиография по стандартной методике на УЗ-аппарате VIVID-7. Анализировались амбулаторные карты больных и истории болезни.

Результаты. В зависимости от типа суточного профиля АД были сформированы 2 группы. Первую группу составили больные АГ с нормальным суточным профилем АД (дипперы), вторую - больные АГ с нарушенным циркадным ритмом – (нон-дипперы и найт-пикеры). Откликнулись на приглашение пройти повторное обследование 68 человек, в том числе 36 из первой группы, 32 – из второй группы. Не удалось связаться с 7 больными, 4 больных по разным причинам отказались от обследования. Трое больных (один из первой группы, два пациента из второй группы) умерли (двое в результате инфаркта миокарда (ИМ), один от застойной сердечной недостаточности). Анализ частоты развития за данный период заболевания остальных конечных «жестких» точек показал наличие сахарного диабета 2 типа у 2-х человек первой группы и 3-х второй группы, стенокардия напряжения верифицирована у 4-х человек первой группы и у 6-ти пациентов второй группы. Острое нарушение мозгового кровообращения перенесли 2 пациента второй группы. Острый инфаркт миокарда развился у двух больных второй группы. Таким образом, у пациентов ($n=36$) первой группы за прошедший период зафиксировано значимо меньшее количество кардиоваскулярных осложнения (четыре), чем во второй группе ($n=32$) – 15 осложнений ($\chi 2 =4,86$; $p=0,027$).

Выводы. Нарушение суточного ритма АД, в частности недостаточное снижение АД в ночные часы по данным СМАД, является важным прогностическим фактором развития сердечно-сосудистых осложнений у больных АГ и требует динамического контроля в процессе проведения антигипертензивной терапии.

0458 РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКГ-ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ПОРАЖЕНИИ СЕРДЦА ВИРУСАМИ ГРИППА И КОКСАКИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Копелев М.Ф.
Boston Branch of American-Russian Medical Society, Boston, MA, USA

Общеизвестно, что вирусы гриппа и Коксаки широко распространены в окружающей среде. Вызываемые ими заболевания носят характер эпидемических вспышек, эпидемий и даже периодически возникающих пандемий. Неуклонно нарастает количество публикаций о нередком поражении сердца этими вирусами. Клинические проявления упомянутых поражений необычайно вариабельны – от инаппарантных, довольно быстро заканчивающихся практическим выздоровлением, до тяжелых, стойко инвалидизирующих пациента и даже смертельно опасных осложнений, примером которых является, скажем, трасформация миокардита Коксаки в дилатационную миокардиопатию. Известны и случаи фульминантного течения с фатальным исходом.

Для выяснения целого ряда моментов патогенеза была создана экспериментальная модель воздействия вируса на сердце с возможностью динамического электрокардиографического наблюдения. Поскольку число сокращений сердца у белых мышей в норме соответствует 600 – 660 в минуту, была увеличена скорость движения регистрирующей ленты. Была выработана методика присоединения электродов. Электрокардиограммы подопытным животным записывались в шести отведениях. Оценка выраженности изменений ЭКГ проводилась по пяти градациям с учетом изменений числа сердечных сокращений, нарушений ритма, смещений интервалов, изменений параметров и форм зубцов. Кроме того на протяжении опыта проводилось установление титра антител, а также количественного уровня вируса в крови и тканях сердца и гистологические исследования.

В качестве инфицирующих агентов использовались различные штаммы вируса гриппа A(N1H1), в том числе ингибиторорезистентный (S+) и ингибиторочувствительный (S-) варианты одного из них; вирусы Коксаки А6 и В3, а также “миксты” вирусов – Коксаки А6 в сочетании с вирусами гриппа А(Ем2), либо Коксаки А6 и двумя вышеупомянутыми вариантами вируса гриппа А. В зависимости от условий опыта указанные штаммы вирусов гриппа вводились подопытным животным интраназально или внутривенно; вирусы Коксаки вводились взрослым мышам внутривенно, а при использовании новорожденных и двухнедельных мышат – в мышцы задних конечностей.

В эксперименте было использовано 976 белых мышей четырех возрастных групп – от новорожденных до полуторагодовалых.

Была установлена разница патогенеза при поражении сердца вирусами гриппа и Коксаки; значительно более выраженное поражение сердца ингигибиторорезистентным вариантом одного и того же штамма вируса гриппа по сравнению с ингибиторочувсвительным; образование очагов некроза в миокарде и, при определенных условиях, в перикарде; практическое отсутствие поражения эндокарда; более тяжелое поражение сердца при заражении “микстами” вирусов и при создании стрессовых ситуаций для подопытных животных; развитие выраженных поражений сердца в поздней стадии заболевания; выявлено значение возраста подопытного животного и т.д.

Результаты эксперимента были в очень большой степени получены благодаря использованию электрокардиографической методики обследования.

0459 ВЛИЯНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА ПРИ СОЧЕТАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Копина М.Н., Вебер В.Р., Шматько Д.П., Прозорова И.В., Казымов М.С., Керимкулова А.С.
Новгородский государственный университет, В.Новгород, Россия; ФГУ «ГНИЦ ПМ», Москва, Россия; Семипалатинская государственная медицинская академия, Семипалатинск, Казахстан

Цель: определить возможности фармакологической коррекции структурно-функциональных изменений миокарда у пациентов с сочетанием АГ и абдоминального типа ожирения.

Методы: для оценки структурно-функционального состояния левого желудочка использован метод ЭхоКГ и допплерэхокардиографии (аппарат «Philips GE-33»). В исследовании использованы антигипертензивные препараты: метопролол, атенолол, берлиприл. Обследование проводилось до начала лечения, через 1, 3 и 6 месяцев от начала приема препаратов. В одну группу вошли 124 женщины (средний возраст 49,36±1,2 лет) и 126 мужчин (средний возраст 50,15±1,8 лет) больных АГ с абдоминальным ожирением. Вторую группу составили больные АГ с нормальной массой тела: 127 женщин (средний возраст 50,05±1,7 лет) и 125 мужчин (средний возраст 49,61±1,6 лет). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы «Statistica 6.0».

Результаты. Исследование динамики показателя Е/А трансмитрального кровотока на фоне терапии метопрололом, атенололом, или берлиприлом, независимо от выбранного препарата, но при условии стойкого достижения уровня целевого АД показало, что у больных АГ с нормальной массой тела диастолическая функция ЛЖ улучшалась и у женщин, и у мужчин (в 41% и 38,8% случаев, соответственно, из числа больных АГ, имевших до начала лечения выраженные нарушения ДФЛЖ). Диастолическая дисфункция ЛЖ сохранялась у 16,7% мужчин и 18,7% женщин. В группе больных АГ с абдоминальным ожирением антигипертензивная терапия с достижением стабильного целевого уровня АД достоверно не улучшала нарушенную диастолическую функцию сердца. Выраженные нарушения ДФЛЖ (Е/А<1) сохранялись у 70,3% мужчин и 62,0% женщин (p<0,001, по сравнению с больными АГ мужчинами и женщинами с нормальной массой тела). На фоне антигипертензивной терапии гипертрофия левого желудочка сохранялась у 87,8% мужчин и у 93,8% женщин больных АГ с абдоминальным типом ожирения, по сравнению с 13,6% и 50,7%, соответственно, в группе больных АГ с нормальной массой тела.

Вывод: гипертрофия и диастолическая дисфункция ЛЖ у больных АГ с абдоминальным типом ожирения практически не корригируется антигипертензивной терапией, несмотря на достижение целевого уровня АД. Можно предположить, что развивается наиболее неблагоприятный тип ремоделирования сердца, при котором гипертрофия левого желудочка сочетается с выраженным фиброзом миокарда.

0460 ВЗАИМОСВЯЗЬ ИНТЕНСИВНОСТИ ВНУТРИСОСУДИСТЫХ МЕЖКЛЕТОЧНЫХ СООТНОШЕНИЙ И УДЕЛЬНОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Коричкина Л.Н., Рогова З.Ш., Т.С. Виноградова
Тверская государственная медицинская академия, кафедра госпитальной терапии и профзаболеваний, Тверь, Россия

Цель – исследовать интенсивность межклеточных соотношений в периферической крови и показатели удельного сопротивления крови (УСК) у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы. Обследовано 250 больных с верифицированной ГБ I-III стадии (150 мужчин, 100 женщин, средний возраст 49,5±1,3 года). Все больные получали показанную лекарственную терапию. У них в мазках капиллярной крови (окраска по Романовскому - Гимзе) подсчитывали общее число лейкоцитов (Л), число ауторозеток (АР). За АР принимали клеточную ассоциацию, состоящую из нейтрофила или моноцита с тремя и более плотно прикрепленными к их мембране эритроцитами (Э). Учитывали АР с экзоцитарным лизисом (ЭЛ). УСК определяли на автоматическом гематологическом анализаторе (норма 135-150 ом/см). Контрольную группу составили 40 здоровых лиц (20 мужчин, 20 женщин, средний возраст 47,5±1,1 года). Статистическую обработку проводили с использованием t-критерия Стъюдента.

Результаты. В КГ общее число Л было 4,8х109/л, АР – 0,75±0,11% (абс. 0,036х109/л), АР с ЭЛ – 53% (абс. 0,019х109/л) от общего числа АР, УСК - 125 ом/см.

У больных ГБ общее число Л составило 6,1х109/л, число АР - 14,1±0,8% (0,878х109/л, p<0,001), АР с ЭЛ – 15% (абс. 0,317х109/л, p<0,01), УСК – 161,7 ом/см (p<0,01).

Заключение. Полученные результаты показали, что у больных ГБ интенсивность межклеточных соотношений в периферической крови в 19 раз выше, чем в КГ. При этом у них отмечается снижение процентного содержания АР с лизисом Э в 3,5 раза и увеличение УСК в 1,3 раза. Можно полагать, что увеличение интенсивности внутрисосудистых межклеточных соотношений участвует в повышении УСК и может быть одним из факторов патогенеза нарушения микрореологии крови у больных ГБ.

0461 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Коренев Н.М., Богмат Л.Ф., Носова Е.М., Никонова В.В., Евдокимова Т.В. Ахназарянц Э.Л.
ГУ "Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины", Харьков, Украина

Первичная артериальная гипертензия (ПАГ) у подростков в большинстве случаев является началом гипертонической болезни у взрослых, с возможным формированием осложнений, влекущими за собой инвалидизацию и смертность в большинстве стран мира.

Цель настоящего исследования - выявление прогностически неблагоприятных вариантов течения ПАГ у подростков.

Объект исследования: 80 подростков с ПАГ в возрасте 14-18 лет.

Методы: эхокардиография в "М" режиме по стандартной методике на аппарате "Sonoline-SL1", фирмы "Siemens", суточное мониторирование АД (СМАД) с использованием аппарата «Cardiospy» фирмы «Labtech LTD» (Венгрия), микроальбуминурия (МАУ) в суточной моче с помощью иммуноферементной тест-системы «Альбумин - ИФА» ТОВ НВЛ «Гранум» (г. Харьков) по общепринятой методике.

Результаты СМАД у подростков с ПАГ позволили разделить их на четыре группы, отличающиеся в зависимости от характера циркадных колебаний АД. В первую группу включено 28 (34%) пациентов с нормальным ночным снижением как систолического, так и диастолического АД, т.е. "dipper". Во вторую группу вошли 32 (40%) подростка с недостаточным ночным снижение АД, так называемые "non-dipper". В третью группу включены 18 (22%) исследуемых с чрезмерным ночным снижением АД, т.е. "over-dipper". И у двоих подростков (2,5%) в ночные часы отмечалось повышение АД, что позволило отнести их в группу "night-peaker".

У исследуемых из категории "non-dipper" и "night-peaker" выявлена дилятация полости левого желудочка ($p<0,05$; по сравнению с группой "dipper"), что повлекло за собой увеличение индекса массы миокарда ($p<0,05$; по сравнению с группой "dipper"). А также достоверное повышение уровня микроальбуминурии (65,40±9,30 мг/л против 13,50±6,70 мг/л, $p<0,01$). Это дает основание отнести подростков из групп "non-dipper" и "night-peaker к категории высокого риска по формированию сердечно-сосудистых осложнений и назначать длительную антигипертензивную терапию препаратами первой линии.

У подростков с ПАГ из группы "over-dipper" также происходит структурная перестройка сердца с развитием эксцентрической гипертрофии. Об этом свидетельствует достоверное утолщение межжелудочковой перегородки ($p<0,01$) и существенное увеличение индекса массы миокарда у данной категории больных ($p<0,05$, по сравнению с группой "dipper"). Полученные данные свидетельствуют о необходимости индивидуального подхода как к выбору антигипертензивной терапии, так и к режиму приема препаратов в течение суток.

Выводы: таким образом, у подростков с ПАГ получены свидетельства высокой прогностической значимости суточного профиля АД в формировании поражений органов-мишеней и развития возможных осложнений.

0462 ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ПО КРИТЕРИЯМ idf, 2005

Корнеева О.Н., Драпкина О.М.
Московская Медицинская Академия им И.М. Сеченова, Клиника пропедевтики внутренних болезней, Москва, Россия

Цель: изучить нарушения липидного обмена при метаболическом синдроме согласно критериями Международной Диабетической Федерации (IDF, 2005)

Материалы и методы: в исследование было включено 60 пациентов с метаболическим синдромом (МС) (IDF, 2005), из них 36 мужчин и 24 женщины в возрасте от 21 до 65 лет. ОТ(жен) составил 108,8±10,1 см, ОТ(муж) - 113,9±10,9 см; ИМТ - 33,4±4,9 кг/м^2; инсулинорезистентность (ИР) по методу HOMA=5,82±3,64. Группу контроля составили 20 больных с артериальной гипертензией без абдоминального ожирения (АГ без АО); HOMA-IR=2,8±1,1. Всем больным проводилось исследование липидного спектра, иммунореактивного инсулина крови, С-пептида и уровня глюкозы крови натощак с расчетом показатели ИР по индексу HOMA-IR

Результаты: клинические признаки дислипидемии (липоидная дуга роговицы, положительный симптом Фрэнка) выявлялись у 26,7% больных. Повышенный уровень ОХ (222,9±47,8 мг/дл) был выявлен у 68,3% больных. Гипертриглицеридемия (244,6±133,3 мг/дл) зарегистрирована у 80% пациентов МС, у 68,3% пациентов было отмечено увеличение уровня ЛПНП (125,4±47,6 мг/дл), у 71,7% - повышение уровня ЛПОНП (50,3±27,8 мг/дл), уровень ЛПВП (42,3±13,8 мг/дл) был снижен у 66,7% больных МС. Атерогенная дислипидемия (одновременное повышение ЛПНП, ОХ и снижение ЛПВП) выявлялось у 51,7% больных (дислипидемический вариант МС). Достоверно более высокие параметры ОХ ($p=0,019$, U-критерий), триглицеридов ($p=0,00026$, U-критерий) и ЛПОНП ($p=0,0004$, U-критерий) отмечались у больных МС в сравнении с группой с АГ без АО, что отражает влияние инсулинорезистентности и АО на липидный обмен при МС. Выявлена статистически значимая взаимосвязь между выраженностью ожирения, измеренному по ИМТ, и уровнем ТГ ($r=0,27$, $p = 0,034$) и ЛПОНП ($r=0,31$, $p=0,01$, критерий Спирмена).

Выводы: У всех пациентов с МС (IDF, 2005) имеются нарушения липидного обмена. Наличие абдоминального ожирения и инсулинорезистентности у больных МС приводит к более выраженной гиперхолестеринемии, гипертриглицеридемии и значимому увеличению ЛПОНП в сравнении с пациентами без ожирения.

0463 ХАРАКТЕРИСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АД ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Корнеева О.Н., Драпкина О.М.
Московская Медицинская Академия им И.М. Сеченова, Клиника пропедевтики внутренних болезней, Москва, Россия

Цель исследования: выявить особенности артериальной гипертензии (АГ) при метаболическом синдроме (МС) по данным суточного мониторирования АД (СМАД)

Материалы и методы. В исследование включено 60 пациентов МС (IDF, 2005) от 21 до 65 лет (36 муж, 24 жен). ОТ(жен)=108,8±10,1 см, ОТ(муж)=113,9±10,9 см; ИМТ - 33,4±4,9 кг/м^2; инсулинорезистентность (ИР) по методу HOMA=5,82±3,64. 88,3 % больных (n=53) МС имели АГ. Группу контроля составили 20 больных с АГ без абдоминального ожирения (АО). Обследование включало физикальный осмотр, биохимический анализ крови, инсулин крови, ЭКГ, ЭхоКГ, СМАД.

Результаты: СМАД позволило выявить определенные особенностями АГ при МС: систолодиастолическая АГ днем; систолическая АГ ночью; повышение индексов гипертонической нагрузки (индекс времени) в дневные и ночные часы по САД и ДАД;

повышение пульсового АД (ПАД), для всех показателей p<0,028. Среди пациентов с АГ и МС преобладали нон-дипперы, в то время как в группе контроля преобладали дипперы, p=0,0001. Недостаточное снижение АД в ночные часы регистрировалось не только у больных МС с АГ, но и у больных МС без АГ (58% пациентов с МС - нон-дипперы). Показатели вариабельности АД в группе МС с АГ и в группе контроля не превышали нормы, однако вариабельность САД и ДАД днем в группе МС с АГ была выше, чем в группе контроля, p=0,0001.

Выводы: Особенности АГ у больных МС при СМАД определяются патогенетическими связями ИР и АГ и обусловлены наличием: систолодиастолического характера АГ днем; систолической АГ ночью с повышением индексов гипертонической нагрузки днем и ночью, пульсового АД; нарушением суточного профиля АД с недостаточным снижением АД ночью не только у больных МС с АГ, но и у больных МС без АГ. Данные СМАД подтверждают высокий риск сердечно-сосудистых осложнений у больных МС с АГ в сравнении с лицами с АГ без АО.

0464 К ВОПРОСУ О ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОМ ЭФФЕКТЕ СОВРЕМЕННЫХ СТАТИНОВ В УСЛОВИЯХ РОССИЙСКОЙ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ

Корнилов А.А., Валюкевич В.Н., Маль Г.С.
Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Целью исследования явилась оценка гиполипидемического эффекта при коррекции гиперлипидемий крестором на основе параметров липид-транспортной системы.

Задача исследования: исследование состояния липид-транспортной системы у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с изолированной и сочетанной гиперхолестеринемией (ГХС) при фармакотерапии крестором при различных вариантах коррекции гиперлипидемии (ГЛП).

Методы исследования включали в себя: клинические, биохимические, функциональные, статистические. Материалом для исследования послужили данные о 90 пациентах мужского пола в возрасте от 41 до 60 лет с ИБС и ГЛП.

Результаты исследования. Анализ изменений параметров системы липопротеидов (ЛП) в группе больных с изолированной ГХС выявил следующее: после 8 недельного курса фармакотерапии крестором удалось снизить уровень ХС на 32,4% (p<0,05), что сопровождалось уменьшением уровня ХС липопротеидов низкой плотности (ЛНП) на 46,8% (p<0,05). Уровень ХС ЛВП в результате 8-недельной фармакотерапии крестором повысился на 43,8% (p<0,05). Гипохолестеринемический эффект крестора через 8 недель после отмены препарата сохранился стабильным частично. Уровень ХС умеренно нивелировался, но при этом оставался ниже исходных параметров на 37,9% (p<0,05). Средний уровень триглицеридов (ТГ) через 2 месяца отмены препарата также увеличился, однако оставался достоверно ниже исходного.

Выводы. Таким образом, монотерапия крестором в течение 8-недель сопровождалась гиполипидемическим эффектом, реализация которого была связана со снижением ХС ЛНП, параллельно значимо уменьшалось содержание ХС ЛОНП при сочетанной ГХС. Дифференцированное рассмотрение показателей ЛП в зависимости от исходных факторных характеристик, выявило благоприятную динамику параметров у больных с изолированной ГХС.

0465 ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРДЕСЕРДИЙ И СПОСОБЫ ЕЕ КОРЕЕКЦИИ

Корягина Н.А., Василец Л.М., Туев А.В.
ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава, Пермь, Россия

Целью работы явилась диагностика дисфункции эндотелия у больных ИБС с персистирующей формой фибрилляции предсердий (ПФФП) и оценка влияния на нее цитопротектора милдроната.

Методы исследования: сосудодвигательную функцию эндотелия оценивали на ультразвуковом аппарате «ENVISOR» (фирма «Phillips» Япония) линейным датчиком 5,5-7,5 МГц по методике Celermajer и соавторов с помощью пробы с реактивной гиперемией (ПРГ). Программа лечения включала кардиоцитопротектор милдронат фирмы «Grindex» (Латвия), назначенный открытым контролируемым способом в течение 7 дней 1000 мг в/в капельно, затем 250 мг по 2 капсулы 2 раза в день без применения плацебо.

Результаты. Исходный диаметр плечевой артерии в покое составил в среднем 0,39±0,065 см. На фоне реактивной гиперемии он увеличился до 0,41±0,057 см, т. е. на 0,02±0,008 см. Показатель прироста диаметра артерии на эндотелийзависимый стимул, выраженный в процентах к исходному диаметру, был снижен и составлял 5,1±7,7%. У 17,1% пациентов больных при проведении пробы с реактивной гиперемией определялась парадоксальная вазоконстрикторная реакция. У 57,8% больных диаметр во время реактивной гиперемии увеличивался менее чем на 10%, т.е. выявлена сосудодвигательная дисфункция, зависимая от эндотелия. Также при статистическом анализе найдена обратная корреляция показателя ЭЗВД с возрастом пациентов (r=-0,57 p=0,0000008). Реакция артерии на фоне ПРГ коррелировала с показателями ВРС, а именно SDNN (r=0,44, p=0,0002) и pNN50% (r=0,51, p=0,000027). Следует отметить, что имелась обратная корреляция со спектральным показателем LF(r=-0,62, p=0,00009). После комплексной терапии анализ сосудодвигательной функции плечевой артерии на фоне ПРГ в основной группе выявил значительное уменьшение частоты вазоконстрикторных парадоксальных ответов у 5 человек (15%) до 4 человек (13%) в процессе лечения. Число пациентов с недостаточной ЭЗВД также достоверно снизилось с 21 человек (61%) до 11 человек (32%). Нормальная функция была у 7 чел. (23%), после кардиопротекторной терапии у 22 человек (62%). Т.е. произошло увеличение пациентов с нормальной функцией в 3 раза (с 7 до 21 пациента). В группе сравнения уменьшилась частота вазоконстрикторных парадоксальных ответов у 7 человек (23%) до лечения, 6 чел. (20%) в динамике терапии. Число пациентов с недостаточной ЭЗВД снизилось с 17 чел.(57%) до 15 чел. (50%), нормальная функция была у 6 чел. (20%) и у 9 чел. (30%) после, при этом изменения этих показателей были статистически незначимыми. Число пациентов с нормальным значением ЭЗВД увеличилось в 1,5 раза.

Выводы. У больных ИБС с нарушениями ритма имеется нарушение сосудодвигательной функции эндотелия, что проявляется малой степенью вазодилатации и высокой частотой вазоконстрикторных реакций плечевой артерии в пробе с реактивной гиперемией плечевой артерии, при этом имеется связь с активацией симпатической нервной системы и снижением общей вариабельности сердечного ритма. Нами обнаружено корригирующее влияние милдроната на функциональное состояние эндотелия сосудов, при наличии его дисфункции, что в условиях проведения базисной повышает эффективность лечения пациентов ИБС с ПФФП.

0466 АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Косачева Н.Б., Туев А.В., Агафонов А.В., Мухамадеев И.С.
ГОУ ВПО «ПГМА имени академика Е.А. Вагнера Росздрава», Пермь, Россия

Цель: изучить уровень АД при стенозе БЦА в различных возрастных группах, и его изменение в раннем послеоперационном периоде.

Методы: Проведен анализ 81 истории болезни, из которых 46 мужчин – 56,8%, прооперированных по поводу нарушения кровотока в БЦА, в возрасте 57,69±8,2 лет. 43 пациента (53,08%) имели поражение сонных артерий (СА) – 1 группа, 16 (19,75%) – позвоночных (ПА) – 2 группа, у 23 (27,17%) – отмечалась сочетанная патология – 3 группа. Уровень повышения САД колебал-

ся в пределах 120 – 270 (192,56±31,26) мм рт.ст. В до - и послеоперационном периоде пациенты получали комбинированную гипотензивную терапию.

Для выявления нарушения кровотока в БЦА проводились грудная аортография и дуплексное сканирование.

Результаты: Выявлена зависимость между уровнем АД и локализацией нарушения кровотока. Среднее АД (АДср) при поражении СА был выше, чем при стенозе ПА (122,24±15,7 мм рт.ст и 112,13±16,8 мм рт.ст; p=0,032). При сравнении АДср у пациентов 1 и 3 групп достоверных изменений выявлено не было (122,24±15,7 мм рт.ст и 117,5±18,9 мм рт.ст.)

После операции на БЦА у мужчин в 1 группе достоверно снижалось САД (167,6±24,6 и 158,0±28,1 мм рт.ст.; p=0,044) и ДАД (99,6±12,7 и 90,5±11,4 мм рт.ст.; p=0,01), а также САД (166,8±25,7 и 153,9±25,4 мм рт.ст; p=0,03) у женщин.

Более выраженное снижение АД наблюдалось у пациентов старше 60 лет - САД (168,0±29,1 и 154,3±22,2 мм рт.ст.; p=0,03), ДАД (97,9±15,2 и 91,8±15,9 мм рт.ст p=0,02). Снижение САД отмечалось больше у женщин (170,0±27,1 до 143,8±20,6 мм рт.ст;. p=0,02), чем у мужчин (143,8±20,6 мм рт.ст. и 162,4±20,5 мм рт.ст.; p=0,02)

Заключение: уровень АД у пациентов с патологией БЦА зависит от наличия препятствия кровотоку и его локализации. При поражении СА уровень АД значимо выше. Хирургическое лечение способствует снижению АД, при этом у пациентов старше 60 лет снижение АД более значимо, чем у пациентов до 60 лет, особенно у женщин.

0467 ДАННЫЕ РЕГИСТРА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Космачева Е.Д., Филимонова К.В., Порханов В.А., Шелестова И.А.
Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В.Очаповского, Краснодар, Россия

Цель. Изучение эпидемиологии острых коронарных катастроф в динамике среди постоянного населения Краснодарского края старше 20 лет, сбор информации и анализ состояния медицинской помощи больным острой коронарной патологией на догоспитальном и госпитальном этапах.

Методы. Статистическим методом произведен анализ информации о случаях острого инфаркта миокарда, ежедневно поступающей из ЛПУ 44 районов Краснодарского края и больницы скорой медицинской помощи г. Краснодара в оргметодотдел ККБ за 2006 год и шесть месяцев 2007 года.

Результаты. Всего в Краснодарском крае в 2006 году зарегистрировано 4906 случая заболевания острым инфарктом миокарда, в 2007 году 4254 (снижение на 20%) по данным Крайстатуправления. Детально проанализировано 3002 случая из них 2063 случая за 2006 год и 939 случая за 2007 год. Удельный вес больных в возрасте от 20 до 40 лет составил в 2006 году 1,9%, в 2007 - 2,6%, от 40 до 65 лет – 47,4% и 48,6%, в группе старше 65 лет – 50,7% и 51,4%. Поздняя госпитализация (более 2 часов от начала заболевания) имела место в 2006 году в 63,7% случаев в 2007 году в 70,3%. В 84,8 и 89,3% случаев причиной явилось позднее обращение больных за медицинской помощью, в 3,6 и 0,6% - позднее прибытие бригады СМП, в 3,4 и 1,1% - атипичная клиническая картина, в 2,4 и 0,88% - отсутствие специалиста-кардиолога, в 2,0 и 1,5% - отсутствие электрокардиографа, в 1,6% и 1,1% - отсутствие возможности транспортировки больного, другие причины – 2,2 и 5,6%. Несвоевременность установки диагноза - более 12 часов от момента поступления в стационар – выявлена в 11,5% и 7,6% случаях. В 47,4% случаев причиной явилась атипичная клиническая картина, в 34,2% случаев – дефект лабораторно-инструментального звена, в 18,4% - врачебная ошибка. В случае диагностики острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST количество выполненного системного тромболизиса составило в 2006 году 4,9%, в 2007 году – 1%. Причиной не проведения тромболизиса в случае диагностики острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST явились: отсутствие препарата – 43,4 и 24,8% случаев, поздняя госпитализация – 39,1 и 52,2%, наличие противопоказаний – 14 и 24,8%, отсутствие палаты интенсивной терапии, возможности мониторного наблюдения - 1,8%, отсутствие специалиста - 1,7 и 0,38%.

Выводы. 1. Основными причинами, обусловливающими задержку поступления больных острым инфарктом миокарда в стационар и несвоевременность установки диагноза, являются поздняя обращаемость больных за медицинской помощью 2. Необходимо разрабатывать меры первичной и вторичной профилактики острого инфаркта миокарда, совершенствование оказания медицинской помощи больным на амбулаторном и госпитальном этапах, повышение профессионального уровня врачей районных больниц, улучшение оснащения материальной базы ЛПУ. 3. Отмечается низкий процент проведения тромболитической терапии вследствие позднего поступления пациентов в стационар и наличия противопоказаний, что усиливает роль ангиопластики при возможности ее проведения у пациентов с ОКС.

0468 ПРИМЕНЕНИЕ ЦВЕТОИМПУЛЬСНОЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

Косов В.А., Замотаев Ю.Н., Еникеев А.Х.
ФГУ Центральный клинический санаторий «Архангельское», Москва, Россия

У большинства больных АГ наблюдаются различные психоэмоциональные и вегетативные нарушения (головные боли, неприятные ощущения в области грудной полости, вазомоторные расстройства, тремор, нарушения сна), которые нередко приобретают затяжной характер. В связи с этим важное значение приобретают методы коррекции этих нарушений немедикаментозными средствами, особенно у лиц занятых наряженной трудовой деятельностью.

Цель: оценить эффективность применение визуальной цветоимпульсной терапии (ЦИРТ) при помощи аппарата «АПЭК» в комплексной терапии у больных АГ с различными психоэмоциональными и вегетативными нарушениями.

Материалы и методы: лечение проводилось 51 больным АГ непосредственно на рабочем месте. Перед началом рабочей смены применялись последовательно оранжевый и синий светофильтры по 4 минуты, а после окончания зеленый и желтый по 4 минут. Курс лечения составлял 15 сеансов. Перед началом каждого сеанса определялось психоэмоциональное состояние пациента по тесту Люшера.

Полученные результаты: при выборе цвета учитывались как основные, ведущие невротические симптомы, так и соматическое состояние пациентов, в первую очередь течение ИБС и артериальной гипертензии. Это позволило подойти индивидуально к оценке состояния больного в конкретный период времени и добиться значительного улучшения в более короткие сроки с более длинной ремиссией. В результате проведенного лечения психосоматическое состояние достоверно улучшилось у большинства больных, что выражалось в снижении тревожности, депрессивности, нормализации сна, аппетита, появлении чувства комфорта, уверенности в своих силах. У 75% больных полностью купировались головные боли, головокружения, межреберная невралгия. Достоверным подтверждением явилась динамика артериального давления в сторону снижения. Показатели систолического артериального давления (Адс) уменьшились с 162,3±4,3 мм рт.ст. до 125,2±3,6 мм рт.ст. (P<0,05), а диастолического давления (АДд) с 94,3±3,1 мм рт.ст. до 84,1±2,3 мм рт.ст. (P<0,05). При сравнении показателей теста САН отмечается достоверное улучшение самочувствия с 47,3±1,8 балла до 55,6±1,3 балла (P<0,05), активности с 45,3±1,8 балла до 56,5±1,6 балла, настроения с 47,2±1,8 балла до 55,7±1,8 балла (P<0,05). По тесту Люшера повысилась работоспособность и снизился уровень стресса. Положительный клинический эффект сохранялся через 3 мес у 77,3%, через 6 мес у 60,1%, 9 мес у 52,4%, 12 мес у 29,1% больных. Пациенты с астеническими, невростеническими и агрипническими расстройствами наиболее хорошо поддавались лечению с применением ЦИРТ.

Заключение: цветоимпульсная рефлексотерапия является простым, эффективным и безопасным методом лечения психоэмоциональных расстройств у больных АГ на рабочем месте.

0469 ПРЕДИКТОРЫ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ

Костина К.С., Мартюшов С.И.
Северный Государственный Медицинский Университет, Архангельск, Россия

Цель: описать предикторы госпитальной летальности пациентов с инфекционным эндокардитом (ИЭ), получавших лечение в Архангельской областной клинической больнице.

Методы: проводилось исследование 90 пациентов, госпитализированных в АОКБ за период 1997-2006гг. с оценкой лабораторных показателей, данных ультразвукового исследования и эхокардиографии. Больные включались в исследование при наличии четких клинических критериев, соответствующих диагностическим критериям Duke (1994г, пересмотр 2000г.), Тюрина В.П. (2002г); убедительных гистопатологических доказательств ИЭ при аутопсии или кардиохирургическом вмешательстве.

Результаты: Восемьдесят пять пациентов (94,4%) имели нативный ИЭ (с поражением аортального клапана у 37, митрального у 21, митрального и аортального у 22, других у 5) и 5 (5,6%) - ИЭ протезированного клапана. Острый ИЭ выявлен в 5,62% случаев. Возраст пациентов колебался от 15 до 71 года (средний возраст - 40,5 лет). Было 11 женщин (12,2%), и 57 из 90 пациентов (6,3%) имели III-IV ФК сердечной недостаточности по NYHA. Средний срок от дебюта заболевания до постановки диагноза - 10,6±9,2 недель. При использовании диагностических критериев Duke в модификации J. Li (2000 г.) достоверный ИЭ диагностирован у 38 пациентов, вероятный ИЭ – у 52 пациентов. По критериям Тюрина (2002г) эти группы составили 68 и 22 пациента соответственно. Оперативное лечение проведено 33 пациентам (36,7%) в связи с наличием прогрессирующей СН (48,9%), неконтролируемой инфекции (26,7%), больших размеров вегетаций (71,1%), эмболий (24,4%) и распространением инфекции за пределы клапана (11,1%). Общая госпитальная летальность составила 10% (при медикаментозном лечении – 10,5%, при хирургическом – 9,1%). Предикторами госпитальной летальности оказались время до постановки диагноза (8,1±6,6 недель для умерших и 12,1±1,5 недель для живых, p=0,0056); показатели креатинина (0,11±0,03 ммоль/л и 0,096±0,03 ммоль/л соответственно, p=0,026); КСО (109,5±43,1мл и 80,1±39,8 мл соответственно, p=0,00057), КДО (239,7±62,9мл и 193,8±67,5мл соответственно, p=0,00037) и ФИ (55,7±10,1% и 60,3±10,3% соответственно, p=0,022). Возраст (41,9±10,4 лет для умерших и 39,7±12,2 лет для живых, p=0,105), размеры вегетаций (13,6±8,0 мм и 13,4±7,3 мм соответственно) и площадь селезенки (51,1±12,1 мм^2 и 49,6±21,2 мм^2 соответственно, p=0,36) не имели достоверного влияния на смертность.

Выводы: Инфекционный эндокардит продолжает оставаться тяжелым заболеванием с большими трудностями при диагностике в дебюте заболевания и со сложностями в выборе адекватного лечения. Основными предикторами неблагоприятного исхода в нашей когорте оказались степень гемодинамических нарушений, обусловленных клапанными разрушениями при ИЭ. Это определяет необходимость наблюдения и лечения больных ИЭ в специализированных отделениях, способных обеспечить мониторирование гемодинамических нарушений и персистирования инфекции для своевременного выбора адекватного метода вмешательства.

0470 N-ТЕРМИНАЛЬНЫЙ ПРОМОЗГОВОЙ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИЙ ПЕПТИД И ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Костоева А.У., Мазур Н.А., Сбродова Л.В., Масенко В.П.
РМАПО, Москва, Россия

Роль системы натрийуретических пептидов в формировании артериальной гипертензии (АГ) и изменений в органах, обусловленных повышенным давлением не изучена. В организме человека установлено наличие трёх пептидов– предсердного (ПНП), мозгового (МНП) и пептида типа С (СНП). Имеются сообщения, что у больных АГ увеличение N-терминального промозгового натрийуретического пептида (N-проМНП) свидетельствует о систолической и/или диастолической дисфункции.

Цель-определение наличия связи между N-проМНП и показателями диастолической функции у больных гипертонической болезнью.

Методы исследования. В исследование были включены 40 человек с гипертонической болезнью 1 и 2 степени (22 женщины и 18 мужчин, средний возраст 60,5±7,6 лет). Всем больным, кроме общего клинического, проводилось обследование, включавшее: Допплер-эхоКГ, с помощью которого определяли время изоволюметрического расслабления (ВИВР), максимальные скорости раннего (Е) и позднего (А) диастолического наполнения и их соотношение (Е/А); время замедления кровотока раннего диастолического наполнения (DT). Наличие диастолической дисфункции по типу «замедленной релаксации» констатировали при Е/А<1. Данную группу составили 24 человека и 16 больных не имели изменений трансмитрального кровотока. Для определения N-проМНП использовались тест-системы «Elecsys proBNP» компании «Ф. Хоффман-Ля Рош», Швейцария. За нормальный уровень N-проМНП принималась величина не более 125 пг/мл у мужчин и 150 пг/мл у женщин.

Результаты. У лиц старше 60 лет по сравнению с больными до 60 лет уровень N-проМНП был выше на 50,6% (p=0,009). Корреляционный анализ подтвердил наличие положительной связи уровня N-проМНП с возрастом (r =0,5; p=0,001). При сравнении содержания пептида в группах больных с Е/А> или <1 достоверной разницы не выявлено. В целом по группе корреляционный анализ взаимосвязи уровня N-проМНП с такими показателями диастолической функции как Е/А, ВИВР, DT не выявил корреляционных зависимостей и только в подгруппе больных с Е/А <1 установлено наличие отрицательной связи между содержанием пептида в крови и тяжестью диастолической дисфункции (r=-0,5; p=0,02).

Выводы: 1. Уровень содержания в крови N-проМНП повышается с увеличением возраста. 2. У больных гипертонической болезнью с нарушенным расслаблением левого желудочка концентрация N-проМНП в плазме крови коррелирует с тяжестью диастолической дисфункции.

0471 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И N-ТЕРМИНАЛЬНЫЙ ПРОМОЗГОВОЙ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИЙ ПЕПТИД

Костоева А.У., Мазур Н.А., Сбродова Л.В., Масенко В.П.
РМАПО, Москва, Россия

Известно, что повышение уровня мозгового натрийуретического пептида (МНП) в крови является прогностическим маркёром развития сердечно-сосудистых заболеваний в общей популяции. Значимость МНП в развитии артериальной гипертензии (АГ) до настоящего времени не определена, а данные литературы весьма малочисленны и отличаются противоречивостью.

Цель-определение наличия связи между N-проМНП и выраженностью поражения сердца у больных гипертонической болезнью.

Методы исследования. В исследование были включены 40 человек с гипертонической болезнью 1 и 2 степени. Всем больным проводилось обследование, включавшее: 1) измерение артериального давления по методу Короткова; 2) запись ЭКГ в 12 отведениях; 3) эхокардиографическое исследование с определением стандартных показателей. ГЛЖ диагностировали согласно рекомендациям Американского общества по эхокардиографии (2005г). Больные с нормальным ИММ ЛЖ и ОТС ≤0,42, с ОТС более 0,42 были включены в группу с нормальной геометрией и концентрическим ремоделированием; пациенты с наличием ГЛЖ и величиной ОТС 0,42 и менее составили группу с эксцентрической ГЛЖ; пациенты с наличием ГЛЖ и величиной ОТС более 0,42 были отнесены в группу с концентрической ГЛЖ; 4) оп-

ределение N-проМНП в плазме крови с использованием тест-системы «Elecsys proBNP». За нормальный уровень N-проМНП принималась величина не более 125 пг/мл у мужчин и 150 пг/мл у женщин.

Результаты. При оценке характера поражения сердца и его выраженности установлено: 1) у лиц с индексом ОТС более 0,42 уровень N-проМНП был выше на 28,5%, чем у больных с ОТС менее 0,42 (соответственно, 272,1±206,8 пг/мл и 194,6±166,5 пг/мл), однако эта разница оказалась недостоверной (p=0,2); 2) наличие достоверно положительной связи уровня N-проМНП с толщиной МЖП в диастолу (r=0,3; p=0,04) и ОТС (r=0,4; p=0,01); 3) наличие достоверно отрицательной связи между уровнем N-проМНП и КДР (r=-0,4;p=0,01), а также с КСР (r=-0,3; p=0,04) и КДО (r=-0,3; p=0,03). В зависимости от типов геометрического ремоделирования миокарда ЛЖ достоверной разницы в содержании N-проМНП не выявлено. Но у больных с концентрической ГЛЖ концентрация пептида имела тенденцию к повышению и превышала величину показателя у больных с нормальной геометрией и эксцентрической ГЛЖ на 29,1 и 42% (соответственно, 216,1±161,5 и 176,8±160,9) (p=0,3).

Выводы: 1. Установлено наличие позитивной корреляционной связи между содержанием в крови N-проМНП и толщиной межжелудочковой перегородки в диастолу, а также индексом ОТС левого желудочка.

2. Концентрация N-проМНП отрицательно коррелирует с КДР и КСР.

0472 ИММУННЫЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Котина Е. А., Котляров А. А., Новикова Л. В.
ГОУВПО «Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева», Саранск, Россия

Цель работы: исследовать состояние некоторых иммунных реакций и риск обострения сердечно-сосудистой патологии.

Методы исследования: нами обследовано 2 группы пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Первая группа: 10 больных в возрасте от 68 до 82 лет (73±8 лет) с диагнозом – острый крупно-очаговый инфаркт миокарда различной локализации. Вторая: 10 больных в возрасте от 64 до 75 лет (69±7 лет) с диагнозом: ИБС. Стабильная стенокардия II-III ФК. Все обследованные больные находились на стационарном лечении в кардиологическом отделении МУЗ «Городская клиническая больница № 4» ГО Саранск. Оценивались возраст, окружность талии, индекс массы тела, уровень артериального давления, биохимические показатели крови (сахар крови, СРБ, серомукоид, общий холестерин (ОХС), триглицериды (ТГ), холестерин липопротеины высокой плотности (ХС ЛПВП), результаты инструментальных методов обследования (ЭКГ, Эхо-КС), основные показатели иммунного статуса.

Полученные результаты: В обеих группах больных определены нарушения в липидном спектре крови в виде гиперхолестринемии (уровень ОХС в первой группе 6,45±0,54; во второй-6,15±0,39), уровень ТГ и β - липопротеинов на верхней границе нормы (ТГ 1,6±0,3; β – липопротеины-35 ед.)

У больных первой группы выявлены изменения в состоянии гуморального звена иммунитета: снижение IgM на 31,6%, ЦИК (средние - в 4,5 раза, мелкие - в 2,3 раза). Также было обнаружено снижение абсолютного и относительного числа Т-лимфоцитов, что повышает чувствительность данной группы больных к вирусным и другим инфекциям. Отмечено снижение клеток с супрессорной активностью, которое может приводить к развитию аутоаллергических реакций. В данной группе больных выявлена гранулоцитопатия в виде повышения рецепторной и киллинговой активности нейтрофильных фагоцитов на фоне снижения их поглотительной функции. Повышение способности нейтрофилов к образованию активных форм кислорода (АФК) может способствовать развитию эндотелиальной дисфункции сосудов и усугублять деструктивные процессы.

У больных второй группы изменения в состоянии гуморального звена иммунитета менее выражены: снижение IgM на 11,6%, ЦИК (средние - в 2,5 раза, мелкие - в 1,5 раза). Со стороны фагоцитарного звена изменения носили тот же характер, что и у больных первой группы, но были не достоверны.

Выводы: 1. У пациентов обеих групп выявлено повышение общего холестерина. 2. У больных первой группы обнаружены изменения в состоянии гуморального и фагоцитарного звеньев иммунитета, которые могут влиять на характер течения заболевания, развитие осложнений и исход патологического процесса.

0473 СПОСОБЫ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Коц Я. И., Митрофанова И. С.
ГОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

Цель: улучшить качество лечения больных с ХСН путем выявления предрасположенности к лечению и разработки на этой основе методов коррекции обнаруженных нарушений.

Материалы и методы: обследовано 120 больных с ХСН различной тяжести в возрасте от 36 до 80 лет. Пациенты были разделены на две сопоставимые по полу, возрасту, стадии и функциональному классу ХСН группы. Все обследуемые получали лечение по поводу ХСН (сердечные гликозиды, ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, диуретики) по показаниям. Одна группа (100 человек) получали лечение с коррекцией нарушений приверженности путем проведения индивидуальных бесед. Другая группа (20 человек) была контрольной, где эти мероприятия не проводились. Обследование всех больных проводилось при включении их в исследование, через 3 месяца и через 1 год в процессе лечения ХСН. Для выполнения работы мы использовали специально составленную анкету приверженности к лечению больных ХСН, которая включает в себя ряд вопросов, касательно доверия больных врачу, регулярности и правильности приема лекарств, образа жизни.

Также использовался Миннесотский опросник для определения качества жизни больных с ХСН и шкала оценки тяжести ХСН в баллах (В. Ю. Мареева, 2001). Полученные данные сопоставлялись с клиническим состоянием больных, пробой с 6-минутной ходьбой, пробой с шагомером, ЭКГ, ЭхоКГ, стадией и функциональным классом. При оценке эффекта лечения использовались конечные точки (смертность, частота госпитализаций, качество жизни и изменения функционального класса, динамика данных ЭКГ, ЭхоКГ).

Результаты: проанализировано 120 ответов больных по данной анкете, результаты показывают, что изначально хорошая приверженность у 53% больных, средняя – 34%, плохая – 13%. Причин низкой приверженности к лечению у больных с ХСН достаточно много.

Наиболее часто встречаемые причины, это – не понимание необходимости в лечение, “лекарственные каникулы”, забывчивость, недостаток денег на покупку препаратов (отказ от социального пакета), опасение побочных эффектов от лечения...

Среди 100 пациентов, которые были обследованы повторно через 1 год, и с которыми была проведена индивидуальная беседа по улучшению приверженности при взятии в группу воздействия, 53 пациента, изначально приверженных терапии – сохранили ее. Из 34 человек со средней предрасположенностью к лечению 30 – стали хорошо приверженными. Они стали четче понимать необходимость лечения и более регулярно принимать препараты. Объективно их состояние оставалось стабильным. 7 пациентов не изменили своего мнения, несмотря на выраженные симптомы ХСН, ИБС и высокое артериальное давления, по ЭхоКГ было отмечена отрицательная динамика.

Выводы: высокая приверженность изначально отмечается у больных с ХСН IIА-IIБ, III стадиями, что связано, вероятно с тем, что без приема препаратов симптомы прогрессирования ХСН быстро нарастают. Максимальное воздействие на конкретную причину низкой приверженности желательно оказывать на ранних стадиях ХСН, что, вероятно будет способствовать снижению смертности, частоты госпитализаций и увеличению выживаемости больных с ХСН.

0474 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЖЕНЩИН С МЕНОПАУЗАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ В РАННЕЙ ПОСТМЕНОПАУЗЕ.

Коц Я. И., Константинова О. Д., Лискова Ю. В., Величко Е. В.
Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

Цель. Повысить эффективность лечения сердечной недостаточности у женщин с менопаузальным синдромом в ранней постменопаузе путем применения ингибитора АПФ III поколения «Моэкс» (моэксиприла) и эстроген-гестагенного препарата «Анжелик» (1 мг эстрадиола и 2 мг дроспиренона).

Материалы и методы. Обследовано 75 женщин в возрасте 50–60 лет с ХСН I-IIа стадии и I-II ФК в раннем постменопаузальном периоде с менопаузальным синдромом различной степени тяжести, проходящих лечение по поводу ИБС, артериальной гипертензии. Пациенты распределены на три рандомизированные группы (по 25 человек в каждой), сопоставимые по возрасту, гормональному статусу, основному заболеванию. 1 группа получала лечение ХСН моэксиприлом по 7,5-15 мг в сутки. Во 2 группе проводилось лечение, включая одновременно моэксиприл по 7,5-15 мг в сутки и «Анжелик» по 1 таблетке в сутки. 3 группа получала эналаприл по 10-20 мг в сутки. Для выполнения работы мы использовали Миннесотский опросник для определения качества жизни больных с ХСН, шкалу оценки тяжести ХСН в баллах (В.Ю. Мареев, ШОКС), шкалу определения тяжести менопаузального синдрома в баллах по индексу Куппермана (1982 г.). Из лабораторных данных оценивали липидный профиль, уровень эстрадиола, фолликулостимулирующего гормона, лютеонизирующего гормона в сыворотке крови. Всем больным проводили ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ гениталий, маммографию, пробу с 6-минутной ходьбой с использованием шагомера.

Результаты. Через 6 месяцев наблюдения были выявлены достоверные различия данных 2 группы по сравнению с 1 и 3 группами. Комбинированная терапия моэксиприлом и «Анжелик» показала более значимое улучшение клинико-функционального состояния пациентов 2 группы: значительно улучшалось качество жизни, уменьшалась тяжесть менопаузального синдрома, повышалась толерантность к физической нагрузке. В результате исследования выявлено более благоприятное влияние данной комбинации препаратов на липидный обмен, гормональный статус, данные ЭхоКГ – уменьшение массы миокарда ЛЖ, уменьшение толщины МЖП и задней стенки ЛЖ, улучшение показателей диастолы, увеличение ФВ. Комбинация моэксиприла и «Анжелик» во 2 группе приводила к более быстрой стабилизации цифр АД и снижению суточной дозы ингибитора АПФ на 2-3 неделе лечения у 60% пациентов.

Выводы. Применение моэксиприла и низко дозированного эстроген-гестагенного препарата «Анжелик» у пациентов во 2 группе дает эффект взаимного усиления терапии: моэкс улучшает течение СН и опосредованно влияет положительно на менопаузальный синдром, «Анжелик» устраняет менопаузальные симптомы, влияя положительно на СН. Полученные данные иллюстрируют существенный вклад нарушений в гормональном статусе женщин, проявляющихся менопаузальным синдромом в росте и прогрессировании ССЗ и развитии СН у таких пациентов. Включение заместительной гормональной терапии препаратом «Анжелик» в лечение женщин с начальной стадией ХСН и менопаузальным синдромом значительно повышает эффективность стандартной терапии сердечной недостаточности.

0475 ДИНАМИКА РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ФОНЕ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ

Кочергина И.И., Аметов А.С., Уланова К.А., Доскина Е.В.
ГОУ ДПО РМАПО «Росздрава», Москва, Россия

Цель работы: исследовать динамику риска развития ИБС и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у больных сахарным диабетом 2 типа (СД 2) на фоне инсулинотерапии пролонгированными препаратами инсулина в комбинации с пероральными сахароснижающими препаратами (ПСП).

Методы исследования: оценивались степень риска развития ИБС и смертности от ССЗ по индексу атерогенности (ИА, норма≤4), отношению общего холестерина к липопротеидам высокой плотности (ОХ/ЛПВП, норма ≤5,5), липопродтеидов низкой и высокой плотности (ЛПНП/ЛПВП, норма ≤3,5) и индексу 10-летнего фатального риска ССЗ – SCORE (Systemic COronary Risk Evaluation, норма<1%) на фоне улучшения компенсации углеводного обмена при добавлении к лечению пролонгированных препаратов инсулина человека - НПХ (12-16 час. действия) или аналога инсулина человека – Гларгин (24-29 час. действия). Степень компенсации углеводного обмена оценивали по показателям гликемии натощак (ГН), постпрандиальной гликемии (ППГ, через 2 часа после еды) и уровню гликозилированного гемоглобина (HbA1c). Длительность наблюдения - 6 месяцев.

Результаты: в исследование включено 74 пациента (49 жен./25 муж., в возрасте 36-78 лет, 56,28±2,58 лет), с неудовлетворительной компенсацией СД на фоне терапии ПСП (глибенкламид, метформин). Длительность СД 2 - 9,341,12 лет, артериальной гипертонии (АГ) - 10,86±0,72 лет, которая выявлялась у 77% больных. У 82,4% пациентов имелась избыточная масса тела или ожирение, а у 48,6% - ИБС, стенокардия 2 ф.к.. Исходно ГН составляла 10,51±0,41 (норма 3,3-5,5 ммоль/л); ППГ – 12,84±0,34 (норма <7,8 ммоль/л); HbA1c–9,47±0,22% (норма 4-6%); ИА-4,51±0,3;2 ОХ/ЛПВП-5,51±0,21; ЛПНП/ЛПВП-3,78±0,13; SCORE- 2,75±0,25%, что свидетельствовало о высоком риске развития ИБС и смертности от ССЗ в данной когорте больных СД 2. Методом случайных чисел пациенты разделены на две группы, для компенсации углеводного обмена 39 пациентам – группа I, к лечению ПСП (глибенкламид - 20 чел., метформин - 19 чел.) был добавлен Гларгин (0,40-0,44 ед/кг/сутки); 35 пациентам – группа II, к терапии ПСП (глибенкламид - 17 чел., метформин - 18 чел.) был добавлен НПХ (0,46-0,51 ед/кг/сутки). Через 6 месяцев наблюдалось отмечено достоверное улучшение показателей углеводного обмена (I гр.: ГН - 6,8±0,2, ППГ- 8,25±0,4 ммоль/л, HbA1c–7,45±0,21%; II гр.: ГН-7,05±0,3, ППГ-8,3±0,3 ммоль/л, HbA1c–7,60±0,15%) и достоверное уменьшение риска развития ИБС и смертности от ССЗ: в I гр. ИА снизился до 2,45±0,1, ОХ/ЛПВП – до 3,4±0,1, ЛПНП/ЛПВП – до 2,45 ±0,1,SCORE – до 1% (p<0,01); во II гр.: ИА снизился до 3,8±0,2, ОХ/ЛПВП – до 4,8±0,1, ЛПНП/ЛПВП – до 3,2 ±0,2 ,SCORE – до 1,5% (p<0,05).

Выводы: добавление пролонгированного инсулина к лечению СД 2 приводит к достоверному улучшению компенсации углеводного обмена и снижению риска развития ИБС и смертности от ССЗ, причем более эффективен инсулин Гларгин.

0476 РИСК РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ФОНЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Кочергина И.И., Аметов А.С., Доскина Е.В., Орлов В.А., Гиляревский С.Р., Синицина И.И., Плевако В.А, Азиева Л.М.,
ГОУ ДПО РМАПО «Росздрава», Москва, Россия

Цель: оценить влияние различных методов терапии сахарного диабета на развитие острой сердечно-сосудистой патологии (ОССП) у больных с сахарным диабетом 2 типа (СД 2).

Материал и методы: обследовано 63 пациента (30 женщин и 33 мужчины) с СД 2 и осложненным сердечно-сосудистым анамнезом: артериальная гипертензия (АГ) у 23,3%, ишемическая болезнь сердца (ИБС) у 3,3%, сочетание ИБС и АГ - у 46,4%, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) – у

6,7%, инфаркт миокарда (ИМ) - у 20% пациентов. Средний возраст пациентов составил 62,0±6,3 года, продолжительность СД 2 - 5,0±0,6 лет. На момент включения в исследование уровень гликемии натощак (ГН) был в пределах 5,3-9,7 ммоль/л (норма 3,3-5,5 ммоль/л), уровень гликозилированного гемоглобина (НвА1с) 6,6±0,3% (норма 4-6%); 85% пациентов находились в группах риска развития макро- и микроангиопатий. Методом случайной выборки пациенты были разделены на 2 равные группы: 50% пациентов получали таблетированные пероральные сахароснижающие препараты (ПСП), 50% - к терапии ПСП был добавлен аналог пролонгированного инсулина человека - Гларгин 24-час. действия (И+ПСП), 1 инъекция вечером в дозах от 10 до 60 ед/сутки.

Результаты: в течение года количество госпитализаций по поводу обострения сердечно-сосудистой патологии составило 11 у пациентов на ПСП и 6 - на И+ПСП, что составило 63% и 37% соответственно. Госпитализации по поводу субкомпенсации СД и для профилактики и лечения диабетических осложнений имели место у 15,9% пациентов (из них 70% получали ПСП, 30% - И+ПСП). Госпитализации по поводу острой сердечно-сосудистой патологии составили 14 эпизодов: ИБС - нестабильная стенокардия - у 12% пациентов (из них 16% получали ПСП, гликемия натощак при госпитализации (ГН) 6,1 - 15,4 ммоль/л; 7% больных получали И+ПСП, ГН – 4,4 - 6,1 ммоль/л); ИМ - у 10% пациентов на ПСП (из них первичный ИМ у 33%, повторный у 67%), ГН – 5,5 - 6,8 ммоль/л; ОНМК - у 7% пациентов на И+ПСП, из них у 50% первый эпизод, у 50% повторный, ГН – 5,0 - 9,7 ммоль/л. У 90% пациентов повторные сосудистые катастрофы имели место в течение 12 месяцев после первого эпизода. Летальных исходов среди пациентов на ПСП было 2 человека, на И+ПСП – 1 человек. Все больные умерли внезапно от острой сердечно-сосудистой патологии (причины - ИМ,ОНМК).

Выводы: общее количество госпитализаций по поводу сердечно-сосудистых катастроф, а также летальных исходов у пациентов с СД 2, получавших инсулин+ПСП, было в 2 раза меньше, чем у пациентов на ПСП, что позволяет рекомендовать более раннее назначение инсулинотерапии при СД 2, как с целью лучшей компенсации диабета, так и профилактики фатальной сердечно-сосудистой патологии.

0477 РОЛЬ АНТАГОНИСТОВ К РЕЦЕПТОРАМ АНГИОТЕНЗИНА II В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Кошевая Е.Г. , Сулейманов С.Ш.
Министерство здравоохранения Хабаровского края, Государственное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения», Хабаровск, Россия

Сегодня имеются достаточные основания рассматривать атеросклероз, артериальную гипертонию, хроническую сердечную недостаточность как гетерогенные клинические синдромы, представляющие собой сложный комплекс нейрогуморальных, метаболических, гемодинамических нарушений, в патогенезе которых важное значение имеет ренин-ангиотензин-альдостероновая система. Именно поэтому необходимы поиски более рациональной терапии больных этими заболеваниями, и в частности, разработка такого класса препаратов, как антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА).

Цель исследования: изучить эффективность и безопасность применения атаканда (кандесартана) в комплексном лечении артериальной гипертонии, оценить частоту и варианты побочных эффектов.

Материалы и методы: всего было обследовано 67 больных. Средний возраст исследуемых – 52 года, женщины составили 71,5%. Подавляющее число пациентов (88%) страдали артериальной гипертонией более 10 лет; у 34% выявлена хроническая сердечная недостаточность 2-3 функционального класса.

Средняя продолжительность наблюдения за больными составила 8 недель.

Назначение атаканда проводилось на фоне терапии другими препаратами, рекомендованными для лечения артериальной гипертонии в соответствии с рекомендациями Европейского общества кардиологов.

Стартовая доза атаканда составила 8 мг в сутки с титрованием дозы до 24 мг, 25 больных ранее получали метопролол в дозах 50-100 мг; через 4 недели 18 (26,8%) пациентам был добавлен индапамид в дозе 2,5 мг.

Результаты исследования: на дозе 8 мг остановились 57% пациентов, все отмечали хорошую переносимость лечения. Артериальное давление (АД) составило 115/80-130/90 мм рт.ст.

Дозу 16 мг в сутки получали 31% исследуемых, у 3 больных (4,4%) отмечались побочные эффекты в виде сухого кашля, которые нивелировались уменьшением дозы атаканда до 8 мг в сутки на 4-5 неделе и добавлением индапамида 2,5 мг. АД зафиксировано на уровне 120/80-130/85 мм рт.ст.

Лечение в дозе 24 мг в сутки получили 12 (18%) исследуемых, при этом с начала лечения все получали индапамид 2,5 мг и метопролол 50-100 мг. Все пациенты этой группы отмечали хорошую переносимость, к 8 неделе исследования АД составило 130/90-135/90 мм рт.ст.

У всех лиц, страдающих хронической сердечной недостаточностью, отмечено значительной улучшение самочувствия в виде уменьшения одышки и слабости и зафиксирован переход в более легкий функциональный класс.

Выводы: прием атаканда в течение 8 недель в дозах 8-24 мг в сутки позволяет контролировать АД на уровне 115/80-135/90 мм рт.ст. У всех пациентов не отмечено гипотонии первой дозы и ортостатической гипотонии. Единственным побочным эффектом был сухой кашель, который нивелировался уменьшением дозы.

0478 РИГИДНОСТЬ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кошелева Н.А., Ребров А.П.
ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия

Целью исследования явилось определение показателей ригидности магистральных артерий у больных с хронической сердечной недостаточностью.

Методы исследования. Нами было обследовано 43 человека, составивших основную группу. Средний возраст больных основной группы составил 53,2±0,02 года, в исследование включено 37 мужчин и 6 женщин (86%/14%). Критерии включения: 1) наличие симптомов хронической сердечной недостаточности, развившейся после перенесенного инфаркта миокарда с зубцом Q на ЭКГ, и фракцией выброса левого желудочка менее 45%, 2) согласие больного на участие в исследовании, подтвержденное его подписью в протоколе наблюдения. Критерии исключения: 1) дестабилизация ишемической болезни сердца (нестабильная стенокардия, повторный инфаркт миокарда) 2) наличие обострения хронических процессов в момент исследования. У 88% больных основной группы проведена коронароангиография. После 10-минутного отдыха в положении лежа в утренние часы с помощью артериографа проводилось измерение артериального давления осциллометрическим методом на плечевой артерии. Анализ пульсовой волны выполнялся с использованием оригинальной программы «Tensiomed». Определялись следующие характеристики артериального давления и пульсовой волны: систолическое и диастолическое АД, число сердечных сокращений, среднее АД, пульсовое АД, индекс аугментации плечевой артерии, индекс аугментации аорты, время возврата пульсовой волны от аорты, скорость пульсовой волны в аорте, площадь систолического и диастолического компонента пульсовой волны, зарегистрированной на уровне диастолического АД. Индекс аугментации рассчитывался как процентное отношение разницы между двумя пиками пульсовых волн (прямой и отраженной от периферии) и пульсового давления.

Результаты. При исследовании ригидности магистральных артерий установлено, что у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда, с зубцом Q на ЭКГ, и симптомами хронической сердечной недостаточности достоверно повышена скорость распространения пульсовой волны в аорте до 11,5±0,5 м/с (p=0,008), увеличен индекс аугментации аорты до 32,1±1,8%

(p=0,002) и плечевой артерии до -0,46±4,4% (p=0,002), выше систолическое АД в аорте, которое составляет 129,8±3,4 мм рт.ст (p=0,042), а так же больше площадь диастолического компонента 55,9±1,3% (p=0,023) на кривой пульсовой волны по сравнению с аналогичными показателями здоровых лиц. Среди 43 больных у восьми человек СПВА не превышала значения этого показателя здоровых лиц, у пяти пациентов индекс аугментации аорты и плечевой артерии был в норме, у трех обследуемых систолическое АД в аорте не превышало этот показатель в группе контроля. У всех пациентов нами обнаружено увеличение процента диастолического компонента на кривой пульсовой волны.

Выводы. 1. У 35 больных хронической сердечной недостаточностью из 43 обследованных ригидность аорты и плечевой артерии больше нормы.

2. Более информативна ригидность аорты.

3. Ригидность магистральных артерий увеличивается с числом пораженных коронарных артерий.

0479 ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Кошенская И.Н., Чесникова А.И., Терентьев В.П., Можаева Н.Н., Сафроненко В.А.
ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет Росздрава», Центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии ГУЗ РОКБ, Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования. Выявить особенности нарушения диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) у пациентов, страдающих артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. Обследовано 155 пациентов, из них 65 мужчин (41,9%) и 90 женщин (58,1%). Средний возраст обследованных больных составил 57,6±2,2 лет. В зависимости от кардиальной патологии все пациенты были разделены на 3 группы: 1 группу составили 35 пациентов с изолированной АГ, 2 группу – 21 пациент с ИБС без АГ и 3 группу - 87 пациентов, имеющих сочетание АГ и ИБС. Всем пациентам по стандартной методике на аппарате Sonos (PHILIPS) из апикального доступа секторальным датчиком 3,5-5,0 МГц выполняли эхокардиографическое исследование.

Результаты. Сравнительный анализ полученных результатов показал, что у больных с изолированной АГ нарушения диастолической функции в сравнении с аналогичными показателями других групп были менее выраженными: скорость раннего наполнения левого желудочка (VE МК) в среднем составляла 0,70±0,03 м/с, скорость активного наполнения (VA МК) - 0,68±0,03 м/с, а соотношение скоростей VE МК/VA МК - 1,08±0,06. У пациентов с изолированной ИБС соотношение VE МК/VA МК составило 0,92±0,04 м/с преимущественно за счет повышения VA МК до 0,71±0,03 м/с. При сравнении с показателями 1-й группы у больных с АГ и ИБС наблюдалось снижение скорости раннего наполнения левого желудочка (VE МК) на 12,9% (p=0,03), увеличение скорости активного наполнения (VA МК) на 16,1% (p=0,02), достоверное уменьшение отношения пиковых скоростей(VE/VA МК) на 36,7% (p=0,03). Существенные изменения были отмечены при сравнении с аналогичными показателями пациентов 2-й группы, имеющих ИБС без АГ: скорость раннего наполнения левого желудочка (VE МК) была ниже на 3,2%, скорость активного наполнения (VA МК) была достоверно увеличена на 12,4% (p=0,04), а отношение пиковых скоростей (VE МК/VA МК) достоверно снижено на 16,5% (p=0,03). Кроме того, результаты доплеровского исследования позволили уточнить особенности нарушений диастолической функции ЛЖ у больных с сочетанием АГ и ИБС в зависимости от степени тяжести артериальной гипертензии. Так, с увеличением степени АГ у пациентов основной группы нарушения диастолической функции прогрессировали, что проявилось, прежде всего, в изменении максимальных скоростей раннего (p=0,09) и позднего наполнения ЛЖ (p=0,05), что свидетельствует о повышенной ригидности миокарда у пациентов основной группы, предположительно связанной с изменением правильной архитектоники, ГЛЖ, нарастанием коллагеновой сети в ответ на дополнительное влияние ишемических процессов.

Выводы. Сравнительный анализ позволил выявить особенности нарушения диастолической функции, обусловленные дополнительным влиянием ИБС у больных АГ, что, безусловно, приводит к серьезным гемодинамическим нарушениям и повышает риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

0480 ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Кошукова Г.Н., Алексеева А.А., Доля Е.М.
КГМУ им. С.И. Георгиевского, Симферополь, Украина

Вариабельность сердечного ритма (ВРС) является адекватным и высокоинформативным диагностическим методом оценки и анализа состояния ВНС на доклинических и клинических стадиях заболеваний, связанных с нарушением вегетативной регуляции. Определение ВРС признано наиболее информативным неинвазивным методом количественной оценки вегетативной регуляции ритма сердца.

Целью настоящей работы изучение ВРС при проведении суточного холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМ ЭКГ) у больных ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы: Обследовано 50 больных РА I-II степени активности, средний возраст которых составлял 46,2±10,03 лет, длительность заболевания от 6 мес. до 27 лет. Группой контроля (n=30) являлись практически здоровые пациенты, сопоставимые по полу и по возрасту. У всех больных, наряду со стандартным клинико-лабораторным, инструментальным обследованием, проводили суточное холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ) с использованием электрокардиографического комплекса «DiaCard » (фирма АОЗТ «Солвейг»).

По результатам ХМ ЭКГ проводили анализ ВРС с вычислением его временных и спектральных характеристик.

Результаты: Анализ временных характеристик ВРС выявил снижение SDANN 124,5±39,22 по сравнению с группой контроля 132,84±57,99 (p=0,031) в пассивный период. Спектральный анализ ВРС у обследованных больных выявил снижение мощности спектральных компонентов. При этом величина показателя LF превышала значения HF. Эти изменения могут указывать на сдвиг вагусно-симпатического баланса в сторону ослабления вагусного и доминирования симпатического тонуса, что также подтверждается изменением соотношения LF/HF у больных РА и группой контроля - 2,035±1,12 и 1,749±0,72 соответственно. Отмечалась прямая корреляционная связь между активностью воспалительного процесса и активацией симпатического тонуса, что обосновывает необходимость дополнительного анализа состояния пациента с последующей коррекцией проводимой терапии. Также выявлено нарастание отклонений ВРС при увеличении длительности течения заболевания, что можно рассматривать как один из прогностических факторов развития сердечно-сосудистой патологии при длительном течении РА.

Выводы: Таким образом, изучение ВРС у больных РА является одним из современных методов исследования, позволяющим на доклинических этапах выявлять нарушение вегетативной регуляции с последующей коррекцией и профилактикой прогрессирования выявленных нарушений.

У больных с высокой активностью РА нарушение ВРС может отражать выраженность воспалительного процесса. У больных РА с низкой активностью заболевания нарушение ВРС в отсутствие обострения других заболеваний, по-видимому, может свидетельствовать о развитии ИБС.

0481 ВЛИЯНИЕ РАННЕГО ПРИОБРЕТЕННОГО АНДРОГЕНОДЕФИЦИТА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИБС

Кравченко А.Я., Мансурова Е.А., Провоторов В.М.

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

Цель: изучить связь андрогенной недостаточности и качества жизни (КЖ) мужчин, страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС).

Методы. В исследование включено 69 мужчин, страдающих стабильной стенокардией напряжения II-IV ФК (средний возраст 51,7±6,5 года). Гипертоническая болезнь отмечалась у 48 пациентов. Диагноз ИБС устанавливался на основании типичной клинической картины и положительных результатов нагрузочных тестов. Концентрация тестостерона в крови определялась методом трехфазного иммуноферментного анализа. Выраженность тревоги и депрессии оценивалась в баллах с помощью госпитальной шкалы HADS. Качество жизни определяли по методике Д.М.Аронова и В.П.Зайцева (2002). Результаты обрабатывали с помощью стандартного пакета прикладных программ STATISTICA 6.0. Достоверным считали различия при $p<0,05$.

Результаты. Наличие андрогенодефицита по биохимическим критериям (уровень тестостерона менее 12 нмоль/л) было доказано у 38 человек (55%).

В группе больных ИБС с андрогенным дефицитом средний уровень тревоги составил 7,8±3,2 балла, депрессии – 7,3±3,1 балла, что было достоверно выше, чем у больных с нормальным уровнем тестостерона (6,7±3,2 балла и 5,9±3,4 балла соответственно, $p<0,01$). Анализ данных в группе больных ИБС выявил достоверную корреляцию КЖ с уровнем сывороточного тестостерона ($R=0,35$, $p=0,036$). Показатель КЖ у больных ИБС с приобретенным андрогенодефицитом оказался достоверено более низким (- 7,6±3,6 балла) по сравнению с пациентами с нормальным уровнем тестостерона (-5,9±4,3 балла, $p<0,01$). Полноценной свою жизнь в группе больных ИБС с дефицитом мужских половых гормонов считали всего 7 человек (18%). Анализ причин снижения КЖ показал, что у мужчин с андрогенодефицитом на первом месте была необходимость приема лекарств, ограничения физической деятельности, проблемы питания, на втором – ограничение трудовой деятельности, половой жизни; затем изменение взаимоотношений с близкими, друзьями, ограничения в проведении досуга. Необходимость отказа от курения находилась на последнем месте. В группе больных ИБС с нормальным уровнем тестостерона полноценной свою жизнь считали 13 человек (42%). Основными причинами снижения являлись необходимость лечиться, ограничение физической активности и трудовой деятельности.

Выводы:

1. Андрогенодефицитное состояние у больных стенокардией напряжения выявляется в 55% случаев.

2. Депрессивные расстройства различной степени у больных ИБС с ранним приобретенным андрогенодефицитом выявляются в 53% случаев, тревожные – в 37%.

3. Клинические проявления дефицита мужских половых гормонов связаны с повышенным уровнем тревожно-депрессивных расстройств, что отрицательно влияет на качество жизни больных ИБС.

0482 ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ПРИОБРЕТЕННЫМ АНДРОГЕНОДЕФИЦИТОМ

Кравченко А.Я., Провоторов В.М.
ГОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н. Бурденко» Росздрава, Воронеж, Россия

Цель: изучить психосоматические особенности мужчин с персистирующей фибрилляцией предсердий (ПФП) и приобретенным андрогенодефицитом.

Методы. Обследовано 76 мужчин (средний возраст 51,2±3,6 лет), страдающих ПФП с частотой нарушений ритма более 6 раз в год. Психологический статус оценивался с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), опросника стресссобытий Холмса-Рея. Качество жизни (КЖ) изучали с помощью анкеты, предложенной Р.А. Либис и Я.И. Коц (1998). Сывороточную концентрацию тестостерона определяли методом иммуноферментного анализа.

Результаты. Среди обследованных больных андрогенодефицитное состояние (сывороточная концентрация тестостерона менее 12 нмоль/л) встречалось в 34 случаях (44,7%). Средний балл тревоги у пациентов этой подгруппы составил 10,2±1,4, депрессии – 9,6±1,2. У пациентов с нормальным уровнем тестостерона средний балл тревоги и депрессии оказался достоверно более низким (7,7±1,3 и 6,1±1,4 соответственно, $p<0,05$). Уровень стрессоустойчивости и социальной адаптации, измеряемый тестом Холмса-Рея, для мужчин с андрогенодефицитом составил 283±26 баллов. У пациентов без дефицита тестостерона это значение было достоверно ниже (158±19, $p<0,05$). Были выявлены повышенные уровни тревоги, депрессии и степени стрессовой нагрузки в структуре психологического статуса мужчин с андрогенодефицитом, страдающих ПФП. Для пациентов, имеющих приобретенный андрогенодефицит, показатель КЖ жизни составил 43±4,3 балла, у мужчин с нормальным уровнем тестостерона – 27±2,8 балла. Так как более высокая сумма баллов означает худшее КЖ, то, следовательно, наши данные свидетельствуют о его значительном снижении у мужчин с приобретенным андрогенодефицитом.

Выводы.

1. Среди обследованных мужчин с ПФП андрогенодефицит встречался в 44,7% случаев.

2. Выраженность тревоги и депрессии, количество стресссобытий в течение предшествующего года были выше у пациентов со сниженным уровнем тестостерона.

3. Снижение уровня половых гормонов у обследованных мужчин ассоциировалось с ухудшением качества их жизни.

0483 ФИЗИЧЕСКИЕ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кривенко Л.Е., Юрлова С.В., Шевченко А.К., Жукова О.А., Долинская О.Н., Москвичева Ю.А., Приходько В.Н.
ГОУ ВПО ВГМУ «Росздрава», Владивосток, Россия

Цель исследования: оценить физические, социальные и психофизиологические критерии качества жизни (КЖ) у больных гипертонической болезнью (ГБ) пожилого и старческого возраста. Было обследовано 50 больных ГБ, из них 18 мужчин и 32 женщины в возрасте от 60 до 80 лет, поступивших в Госпиталь Ветеранов Войн для очередного курса реабилитационного лечения. Критерии включения в исследование: больные ГБ II стадии, осложненной хронической сердечной недостаточностью ХСН) IIА стадии, II-III функционального класса (ФК), с риском развития осложнений 3-4 степени. У всех больных были ассоциированные клинические состояния: ИБС, дисциркуляторная энцефалопатия II стадии. ИБС, стабильная стенокардия напряжения II-III ФК. Нарушения ритма (желудочковая экстрасистолия, мерцательная аритмия) были у 15 больных. Критерии исключения: инсульт, инфаркт миокарда; сахарный диабет. Всем больным дополнительно проводилось реоэнцефалография, допплерсонография, эхокардиография, что способствовало более точному установлению функционального диагноза заболевания. Оценка физических критериев КЖ проводилась с помощью 5 опросников, позволивших оценить различные аспекты КЖ. Оценка психофизиологических критериев КЖ проводилась с помощью опросника САН. Шкалу уровня тревоги Спилберга использовали для установления степени риска фатальных осложнений. Оценка социального статуса проводилась по опроснику Сердюка. С помощью шкалы оценки выраженности симптомов ХСН была уточнена стадия ХСН, а специальная шкала активности (США) позволила определить ФК ХСН в МЕТ. Индекс физической активности (ИФА) был снижен в 3,3 раза (17,2 балла) по сравнению с пациентами без ХСН (58,2 балла). По Миннe-

сотскому опроснику КЖ (МОКЖ) установлена средняя степень ограничения физических возможностей в этом месяце (3 балла). Индекс КЖ (краткий общий опросник основных аспектов КЖ) был снижен до 7 баллов, то есть на 30%. Параметры психофизиологических критериев КЖ были снижены почти в 2 раза по сравнению с пациентами без ХСН. Согласно шкалы уровня тревоги у обследованных пациентов риск развития фатальных осложнений был очень высоким, так как показатель более, чем в 1,5 раза превышал данные группы сравнения. Из 10 показателей, характеризующих социальные аспекты КЖ, более 5 были снижены. Наиболее часто пациенты отмечали материальный ущерб, связанный с заболеванием, ощущение потери силы и энергии, отказ от удовольствий, то есть от привычного образа жизни, ограничение свободного времени, невозможность сделать карьеру, реже – формирование чувства ущербности, ухудшение отношений на работе и снижение физических возможностей.

Таким образом, у больных ГБ пожилого и старческого возраста были снижены все аспекты КЖ. Более значительным оказалось снижение физических и психофизиологических аспектов КЖ. Резко повышенный уровень тревожности отражал высокий риск развития фатальных исходов заболевания. Снижение социальных критериев КЖ было обусловлено преимущественно ограничением физических возможностей, что приносило материальный ущерб и способствовало ограничению других социальных возможностей.

0484 ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС И ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Кривоносов Д.С., Тарасов Н.И., Чеснокова Л.Ю., Исаков Л.К.
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия», МУЗ «Кемеровский кардиологический диспансер», Кемерово, Россия

Целью настоящего исследование явилось изучение влияния инотропной стимуляции левосименданом («Симдакс» ORION PHARMA) в комбинации с миокардиальной разгрузкой (бета-адреноблокаторы, И-АПФ, диуретики и др.) на клиническое течение СН, показатели внутрисердечной гемодинамики и скорость мозгового кровотока у пациентов среднего, пожилого и старческого возраста с ИБС и хронической ишемией головного мозга (ХИГМ).

Материалы и методы. В исследование включили 45 больных ИБС с клиническими, инструментальными признаками острой декомпенсации хронической сердечной недостаточности в сочетании с систолической дисфункцией левого желудочка и ХИГМ. В зависимости от возраста выделили группу А («молодые») из 24 пациентов моложе 60 лет и группу В («пожилые») из 21 пациентов старше 60 лет. Обязательным являлось проведение ЭхоКГ. Не было достоверных различий между изучаемыми группами по усредненным показателям размеров, объемов и ФВ левого желудочка. По результатам ЭхоКГ пациенты пожилого возраста характеризовались более высокими показателями систолического ДЛА перед включением в исследование. Контроль ЭхоКГ проводили на 5 сутки после окончания введения ЛС. Для оценки влияния ЛС на показатели мозгового кровотока исследовали диаметры и скорость (максимальную и среднюю) кровотока по общим сонным артериям (ОСА) методом цветной доплероскопии.

Результаты и обсуждение. Клинические признаки достижения компенсации сердечной недостаточности к концу госпитального этапа отмечали у 44 из 45 пациентов, включенных в исследование, что составило 97,8%. Умер один больной из группы В вследствие нарастания СН. Инфузия ЛС у пациентов пожилого и старческого возраста чаще сопровождалась гипотонией (19% против 4.2). Не зарегистрировано различий между группами по влиянию ЛС на динамику показателей ЛЖ, однако в группе В отмечено более значимое уменьшение ДЛА в сравнении с группой А. Реакция ОСА в виде увеличения ее диаметра не зависела от возраста пациентов, тогда как скорость кровотока по ОСА в большей степени увеличилась у пациентов старшего возраста.

Выводы:

1. Использование ЛС в комбинированном лечении больных ИБС с признаками декомпенсированной СН у пациентов среднего и старшего возраста эффективно, способствует достижению клинической компенсации СН, улучшению морфофункциональных параметров сердца в течение госпитального периода. У пациентов старшего возраста регистрируется более значимое снижение давления в легочной артерии.

3. Применение ЛС у больных ИБС, ассоциированной с хронической ишемией головного мозга способствует повышению скорости кровотока в сонных артериях без изменения их просвета, и, вероятно, улучшению мозгового кровообращения.

0485 СОСТОЯНИЕ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Кривошеева Л.Н., Арсланова Я.А., Кильдебекова Р.Н., Мингазова Л.Р.
Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Цель: Оценить изменения кардиореспираторной системы у военнослужащих с артериальной гипертензией.

Материалы и методы исследования. По результатам углубленного медицинского обследования 1124 военнослужащих-контрактников Уфимского гарнизона, у 149 (13,2%) выявлена артериальная гипертензия по классификации ВОЗ/МОАГ, 1999/2004. АГ I степени зарегистрирована у 89 (59,7%) и АГ II степени у 60 (40,3%)пациентов. Контрольная группа – 20 практически здоровых военнослужащих. Средний возраст обследуемых 40,2±1,7 лет. Всем пациентам были выполнены кардиоритмография, ЭхоКГ и спирография (по стандартным протоколам). Исследования проводились на компьютерно-диагностическом комплексе «Валента», г. Санкт-Петербург, а оценка сердечной гемодинамики- на аппарате « Ge Vingmed Sistem five » по стандартной методике.

Результаты обследований. Анализ морфофункциональных показателей сердца по данным ЭхоКГ выявил увеличение ТЗСЛЖ при АГ I степени у 19,4%, при АГ II степени у 42,8% лиц. Увеличение ИММЛЖ было преимущественно за счёт утолщения межжелудочковой перегородки в диастолу (1,245±0,32см). Выраженная ГЛЖ отмечалась при АГ II степени у 57,9% больных, в 65,3% случаев – симметричная, в 21% - асимметричная септальная без признаков обструкции выносящего тракта ЛЖ, в 20% ГЛЖ сочеталась с умеренной дилатацией полости ЛЖ и в 1,2% - с дилатацией полости ЛП. По данным допплер-ЭхоКГ диастолическая дисфункция левого желудочка 1 типа выявлена у 66,1% обследуемых АГ II степени.

По данным спирографии у военнослужащих с АГ II степени выявлено снижение показателей функции внешнего дыхания, так ЖЭЛ составила 87,6±1,12%, ФЖЭЛ – 74,3±1,46%, индекс Тиффно - 76±1,17%, МОС25 - 62±1,14%; МОС50 - 59±0,87%; МОС75 - 60±1,86% от должных величин. У больных с АГ изменения кардиореспираторной системы зависят от возраста и длительности АГ, выявлена прямая корреляция с ГЛЖ.

По данным кардиоритмографии у военнослужащих с АГ II степени наблюдалась гиперактивность симпатического отдела ВНС в виде увеличения индекса напряжения (ИН=139,7±21,4), и амплитуды моды (Ао=64±3,0%), признаки вагосимпатического дисбаланса проявлялись уменьшением размаха ΔХ (до 0,1892±0,03), снижением мощности быстрых волн (221,4±18), доминирующим преобладанием медленных волн большого периода.

Выводы: 1. У 57,9% военнослужащих выявляется ГЛЖ и диастолическая дисфункция ЛЖ, которые являются прогностически неблагоприятными признаками. 2. Выявлено достоверное снижение показателей функции внешнего дыхания, более выраженные при АГ II степени и стаже болезни свыше 5 лет.

0486 ВОЗМОЖНОСТИ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОЗИЦИИ НА КОРТОЧКАХ В ДИАГНОСТИКЕ ИБС

Криночкин Д.В., П. Чандрараратна, Пак Ю.А., Кузнецов В.А., Плюснин А.В., Семухин М.В., Доний Е.А.*

Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия; LAC/USC Medical center*, Los Angeles, California, USA

Целью данного исследования была оценка возможности использования нагрузочной пробы в положении на корточках в сочетании с эхокардиографией (ЭхоКГ) для диагностики ИБС.

Методы. Было обследовано 54 пациента (53 мужчины и 1 женщина, средний возраст 53,6±1,1 года) с вероятной или типичной стенокардией напряжения, направленных для проведения стресс-ЭхоКГ с добутамином с целью верификации ИБС. В исследование вошли пациенты с синусовым ритмом, фракцией выброса левого желудочка >55%, исходно не имеющих нарушений локальной сократимости по данным стандартной трансторакальной ЭхоКГ. За 2-3 дня до исследования пациентам отменяли все лекарственные препараты, кроме нитроглицерина при приступах стенокардии. Всем пациентам была проведена стандартная ЭхоКГ, измерено артериальное давление и записана ЭКГ, которые повторяли в положении стоя, на корточках (2 мин) и снова в положении стоя. Обследование прекращали, если появлялась боль в груди, нерегулярный ритм сердца, падение уровня артериального давления. Всем пациентам по стандартной методике проводились стресс-ЭхоКГ с добутамином и коронароангиография в течение первой недели после проведения стресс-ЭхоКГ.

Результаты. По данным коронароангиографии диагноз ИБС был верифицирован у 32 пациентов и 22 пациента были с неизмененными коронарными артериями. Скрытая ишемия миокарда при стресс-ЭхоКГ на корточках была выявлена у 23 пациентов и опровергнута у 16 пациентов. В выявлении ИБС чувствительность корточковой пробы составила 72%, специфичность 80%, положительная предсказывающая ценность – 85%, отрицательная предсказывающая ценность – 64%, предсказывающая точность – 72%. Чувствительность стресс-ЭхоКГ с добутамином составила - 90 %, специфичность – 91%, положительная предсказывающая ценность - 93%, отрицательная предсказывающая ценность – 87%, предсказывающая точность – 91%.

Вывод. Таким образом, несмотря на некоторые ограничения метода, проба в положении на корточках может быть использована в качестве дополнительного метода для диагностики ИБС.

0487 ИНТЕГРАТИВНАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ БОЛЕЗНЯХ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Кром И. Л.

ГОУ ВПО «Саратовский государственный технический университет», Саратов, Россия

Цель исследования - построение интегративной междисциплинарной концепции социально-соматических предикторов инвалидности трудоспособного населения при болезнях системы кровообращения.

Исследование предикторов инвалидизации больных при болезнях системы кровообращения основано на результатах наблюдения 325 больных трудоспособного возраста, прошедших медико-социальную экспертизу по поводу ишемической болезни сердца (ИБС), занимающей в Саратовской области первое ранговое место в структуре инвалидности трудоспособного населения вследствие болезней системы кровообращения. Наибольшее количество больных ИБС с установленной после перенесенного инфаркта миокарда группой инвалидности, имели среднее (59%), либо неполное среднее (13,6%) образование, что, по-видимому, связано с более частым (по сравнению с больными, имевшими высшее образование – 27,3%) развитием у них социальных ограничений, являющихся необходимым условием установления больным группы инвалидности.

Сердечная недостаточность является одним из основных соматических предикторов инвалидизации при болезнях системы кровообращения. Не вызывает сомнения, что у инвалидов, страдающих хронической сердечной недостаточностью IV функционального класса по NYHA, существует четкая зависимость тяжести соматического состояния и степени ограничений жизнедеятельности, в том числе ограничение способности к трудовой деятельности. В результате возникает смена социальной идентичности, неэффективность возрастной социализации, потребность в предписанном статусе инвалида. При хронической сердечной недостаточности II-III функционального класса по NYHA в ходе исследования было установлено отсутствие корреляции (p0,2) тяжести клинических предикторов инвалидизации данной категории больных (сердечной недостаточности и функционального класса стенокардии) и трудовой занятости – фактора эффективной возрастной социализации инвалидов.

Инвалидность рассматривается автором как способ социализации, возникающий при нарушении способности субъекта к освоению возрастных статусов. Инвалидность (неэффективность социализации) формируется при недостаточности у больных соматических, психологических и социальных ресурсов. Способствуя инвалидизации больных, страдающих ишемической болезнью сердца, соматические предикторы не являются облигатными. Роль последних играют личностные и социальные характеристики больного и ресурсы, представляемые социумом для эффективной социализации лиц, страдающих соматической патологией.

Репрезентация инвалидности при болезнях системы кровообращения как проблема социального функционирования субъекта, страдающего соматическим заболеванием в условиях соматических и социальных ограничений, предполагает формирование интегративной концепции профилактики инвалидности при болезнях системы кровообращения, учитывающей облигатную роль социальных предикторов в инвалидизации данной категории больных.

0488 ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРИЧЕСКИХ, ВЯЗКОУПРУГИХ ХАРАКТЕРИСТИК И МАКРОЭРГИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Кручинина М.В., Громов А.А., Рабко А.В., Генералов В.М., Бакиров Т.С.*, Шакиров М.М.***

ГУ НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия; ФГУН ГНЦ вирусологии и биотехнологии “Вектор” Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека*, пос.Кольцово, Новосибирская область, Россия; Институт органической химии СО РАН**, Новосибирск, Россия

Целью работы являлось исследование электрических и вязкоупругих характеристик эритроцитов (Er) и особенностей состава их фосфоросодержащих соединений у больных, перенесших инсульт, для диагностики и прогноза вероятности повторных инсультов.

В исследование были включены 54 мужчины, средний возраст 45,2±4,3 года, из них 22 - перенесших ишемический инсульт. Группу сравнения составили 32 мужчины сопоставимого возраста, у которых при клиническом, биохимическом и инструментальном обследованиях не было выявлено цереброваскулярной, сердечно-сосудистой патологии. Изучение электрических и вязкоупругих характеристик Er проводили методом диэлектрофореза на четырех фиксированных частотах. Для изучения состава фосфоросодержащих метаболитов применялся метод 31P ЯМР-спектроскопии (DRX 500 Bruker, Германия).

При сравнении наблюдаемых групп выявлены достоверные различия в величинах вязкоупругих и электрических свойств Er: у больных, перенесших инсульт, обобщенные показатели жесткости, вязкости, электропроводности мембран Er, относительной поляризуемости достоверно выше, а поляризуемости, среднего радиуса клетки, амплитуды деформации Er под действием неод-

нородного переменного электрического поля - ниже по сравнению с группой контроля (p<0,0001-0,05). Эритроциты пациентов, перенесших инсульт, склонны к образованию агрегатов (p<0,03). У 35% больных выявлен избыточный гемолиз Er на высоких (5.105 Гц) и низких (5.104, 105 Гц) частотах (p<0,02).

Также выявлены значимые изменения характеристик 31P ЯМР-спектров: у больных, перенесших инсульт, достоверно выше и больше по площади оказались пики неорганического фосфата (22,17±1,206 против 17,732±1,031, p<0,05), монофосфатов (9,47±0,292 против 6,64±0,738, p<0,05) и α-АДФ (8,12±0,198 против 5,277±0,89, p<0,05); пики же 2,3-ДФГ (96,121±0,261 против 92,11±0,547, p<0,01), γ-АТФ (14,013±0,621 против 12,108±0,507, p<0,05), α-АТФ (15,721±0,374 против 12,64±0,632, p<0,01) и β-АТФ (4,823±0,168 против 3,01±0,179, p<0,001) преобладали у пациентов без признаков цереброваскулярной патологии. Обнаружены достоверные обратные корреляции электропроводности мембран, жесткости и среднего радиуса клетки с уровнями γ-АТФ и α-АТФ (r=-0,547, p<0,05), (r=-0,621, p<0,02), (r=-0,504, p<0,03), соответственно.

Выявлены существенные изменения структурно-функциональных свойств эритроцитов у больных, перенесших инсульт. Данные сдвиги, вероятно, носят патогенетический характер и свидетельствуют об участии эритроцитов в церебральных сосудистых нарушениях, требуя фармакологической коррекции.

0489 ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Кудрявцева С.А.
МУЗ ГБ№3 (городской кардиоцентр), Владимир, Россия

Цель: изучить и оценить организационную структуру лечебно-реабилитационных мероприятий у кардиологических больных на примере работы Владимирского городского кардиологического центра (ГКЦ).

Методы: изучались организационная структура лечебно-реабилитационных мероприятий у больных ГКЦ, принципы реабилитации, динамика структурного процесса за последние 10 лет.

Результаты: анализ организации лечебно-реабилитационной помощи больным кардиологического профиля установил следующее. В городе создана единая в структурном плане служба, включающая стационарный этап реабилитации, санаторный этап и амбулаторно-поликлинический или диспансерный. Замкнутая система медицинского наблюдения ГКЦ обеспечивает преемственность в проведении лечебно-профилактических мероприятий и объединяет в непрерывный процесс деятельность специалистов поликлиники, стационара и отделения восстановительного лечения. Замкнутая система работы обеспечивается отделением анестезиологии и реанимации, кардиологическими отделениями, отделением восстановительного лечения, кардиологическим диспансером. В кардиодиспансере на протяжении ряда лет функционируют школа гипертоника, коронарный клуб, опыт работы которых, использован больницами города и области. В отделении восстановительного лечения объем и состав восстановительных мероприятий определяется индивидуально в зависимости от этапа (стационарный или амбулаторный). В последние годы для профилактики и лечения артериальной гипертонии в дополнении к медикаментозной терапии используются сочетанные немедикаментозные и немедикаментозно-медикаментозные технологии восстановительной медицины. Применение физических факторов малой интенсивности позволило повысить эффективность восстановительного лечения. Получила дальнейшее развитие кардиохирургическая помощь в виде малоинвазивной хирургии на базе областной клинической больницы. В последние 2 года возросло число больных, направляемых на малоинвазивное хирургическое лечение, в частности стентирование, что позволило сократить сроки восстановления больных с острым коронарным синдромом. На долечивание больные после перенесенного инфаркта миокарда, нестабильной стенокардии, аортокоронарного шунтирования, резекции аневризмы сердца, баллонной ангиопластики коронарных сосудов направляются в санаторно-курортные учреждения кардиологического профиля Владимирской области. В этом направлении активное взаимодействие ведется с санаторием “Вольгинский”. После санатория процесс реабилитации продолжается на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Выводы: обеспечение преемственности, этапности и своевременности в проведении лечебно-реабилитационных мероприятий у кардиологических больных обеспечивается в первую очередь структурно-организационными мероприятиями, в частности, созданием замкнутого цикла оказания медицинской помощи.

0490 ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА НА ФОНЕ МУЗЫКОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Кудрявцева С.А.
МУЗ ГБ№3 (городской кардиоцентр), Владимир, Россия

Цель: оценить влияние музыкотерапии в составе комплексного восстановительного лечения на ряд показателей психоэмоционального статуса у больных гипертонической болезнью (ГБ) в сочетании с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС).

Методы: анализировались результаты амбулаторного лечения 12 больных ГБ 1-2 степени в сочетании с ПИКС (основная группа). Длительность ГБ – 7-12 лет; давность перенесенного инфаркта миокарда – 3-10 лет; возраст пациентов – 47-57 лет; мужчин – 61%, женщин – 39%. Все больные получали медикаментозную индивидуально подобранную терапию. В контрольную группу вошли 10 больных ГБ 1-2 степени с ПИКС, получавших только медикаментозную терапию, сопоставимых с основной группой по возрасту, полу, длительности ГБ и ПИКС. Сеансы музыкотерапии проводились с использованием функциональных программ по специальной методике в течение 10-15 дней. Психоэмоциональный статус исследовался с помощью психологических тестов и оценочных шкал (цветовой тест Люшера, тест Спилбергера, СМОЛ, САН). Психологическое тестирование проводилось до- и после лечения. Дополнительно оценивалась динамика жалоб.

Результаты: до начала лечения достоверных различий между основной и контрольной группами по результатам психологического тестирования и жалобам выявлено не было. Психопатологические нарушения были установлены у более половины больных (в основной группе – у 67%, в контрольной – у 73%). Симптом личностной тревожности был ведущим в обеих группах. После лечения с применением музыкотерапии у всех пациентов основной группы в разной степени уменьшился уровень тревожности (межгрупповое p<0,05); уменьшились эмоциональная лабильность, головные боли (для всех показателей межгрупповое p<0,05), улучшился ночной сон.

Выводы: музыкотерапия в составе комплексного лечения больных ГБ с ПИКС уменьшает уровень личностной тревожности и приводит к редукции астенических проявлений.

0491 ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ХРОМОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Кудрявцева С.А.
МУЗ ГБ№3 (городской кардиоцентр), Владимир, Россия

Цель: оценить влияние хроморефлексотерапии (ХРТ) в составе комплексного восстановительного лечения на показатели суточного профиля артериального давления (АД) у больных гипертонической болезнью (ГБ) в сочетании с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС).

Методы: результаты амбулаторного лечения проанализированы у 12 больных ГБ в сочетании с ПИКС (основная группа). Степень ГБ – 1-2; длительность ГБ – 7-12 лет; давность перенесенного инфаркта миокарда – 3-10 лет; возраст пациентов – 47-57 лет; мужчин – 61%, женщин – 39%. Все больные получали медикаментозную индивидуально подобранную терапию. ХРТ проводилась однократным курсом в течение 14 дней матрицей-излучателем синего цвета на рефлексогенные зоны по специальной методике. До- и после лечения больным проводилось суточное мониторирование АД с определением стандартных показателей профиля. Группу контроля составили 10 больных ГБ, получавших только медикаментозную терапию, сопоставимых с группой немедикаментозного вмешательства по возрасту, полу, длительности и форме заболевания.

Результаты: оценка исходных данных показала, что у более половины пациентов из обеих групп отсутствовала полная коррекция показателей суточного профиля АД на фоне подобранной медикаментозной терапии. После курса ХРТ в основной группе установлена тенденция к снижению вариабельности дневного систолического АД и достоверное снижение индекса времени гипертонии дневного систолического АД (межгрупповое $p<0,05$). По остальным показателям динамики не выявлено.

Выводы: в составе комплексного лечения однократный курс ХРТ синим цветом оказывает положительное влияние на некоторые показатели суточного профиля АД.

0492 ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Кудряшова М.В., Березин М.В., Гринева М.Р., Томилова И.К., Довгалюк Ю.В., Мишина И.Е., Пахрова О.А., Гудухин А.А., Нечаев В.Б., Архипова С.Л.
ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, Иваново, Россия; МУЗ ГКБ №3, Иваново, Россия

Цель. Оценить цитоархитектонику эритроцитов, степень их агрегации и активность свободнорадикальных процессов у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы. Обследовали 37 пациентов в возрасте от 44 до 65 лет, которые были разделены на 2 группы: 27 человек с ОИМ без СД, 10 человек с ОИМ с СД 2 типа. Оценивали динамику показателей цитоархитектоники эритроцитов, степень их агрегации и активность свободнорадикальных процессов на 1-3 и 30 сутки течения ОИМ на фоне применения стандартной терапии.

Результаты. У больных ОИМ в сочетании с СД 2 типа на 1-3 сутки от начала заболевания наблюдалось уменьшение количества дискоцитов (Д) и увеличение их переходных форм: Д 69,00±1,82%, индекс трансформации (ИТ) 0,39±0,04, индекс обратимой трансформации (ИОТ) 29,00±0,02; по сравнению с группой без СД: Д 77,96±1,82%, $p<0,01$, ИТ 0,29±0,03, $p<0,05$, ИОТ 0,20±0,03, $p<0,01$. Показатель агрегации (ПА) (1,98±0,24 клеток), средний размер агрегата (СРА) (5,48±0,23 клеток) были достоверно ($p<0,05$) выше в группе больных ОИМ с СД. Показатель неагрегированных эритроцитов (ПНА) оказался более высоким (72,16±3,47%, $p<0,01$) у больных ОИМ без СД. У пациентов с СД уровни плазменного малонового диальдегида (МДА) (9,40±1,65 нмоль/л, $p<0,05$) и L-аргинина (1,63±0,30 мкмоль/л, $p<0,05$) почти в 1,5 раза превышали значения аналогичных показателей в группе без СД (6,66±0,72 нмоль/л, и 1,00±0,18 нмоль/л, соответственно). Эти процессы протекали на фоне сниженной продукции оксида азота (ОИМ с СД 0,82±0,05 ммоль/л; без СД 1,44±0,20 ммоль/л, $p<0,01$). Применение стандартной терапии приводило к достоверному улучшению показателей цитоархитектоники эритроцитов у больных с СД (Д с 69,00±0,72% до 73,70±2,24%, $p<0,05$; ИОТ с 0,29±0,02 до 0,20±0,02, $p<0,05$) и уменьшению их агрегации (ПА с 1,98±0,24 до 1,42±0,06 клеток, $p<0,05$; СРА с 5,48±0,23 до 4,76±0,21 клеток, $p<0,05$; ПНА с 56,46±2,10 до 62,39±1,66%, $p<0,05$). Динамика свободнорадикальных процессов на фоне лечения была также значительно более выражена в группе больных ОИМ с СД, наблюдалось снижение уровня перекисного окисления липидов (МДА с 9,40±1,65 до 3,62±0,58 нмоль/л ($p<0,01$)); NO2- с 0,82±0,05 до 0,46±0,08 ммоль/л ($p<0,01$), L-аргинина с 1,63±0,30 до 0,92±0,22 мкмоль/л ($p<0,05$), а также усиление работы антиоксидантной системы (увеличение восстановленного глютатиона с 16,17±1,50 мг% до 20,49±0,91 мг% ($p<0,05$). В то же время у пациентов ОИМ без СД отмечалось дальнейшее ухудшение гемореологических показателей и нарастание активности свободнорадикальных процессов (увеличение содержания МДА, L-аргинина, оксида азота).

Выводы: у больных ОИМ с СД по сравнению с больными без СД выявлены более значимые нарушения гемореологических показателей и свободнорадикальных процессов. Применение современных схем медикаментозной терапии ОИМ у больных с СД 2 типа приводит к достоверно лучшей коррекции выявленных нарушений, чем у больных без СД.

0493 СИНДРОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПРИ ГИПОМАГНИГИСТИИ

Кузнецова И.Г., Анисимова И.А.
ФГУ ГНИЦ ПМ, Москва, Россия; СтГМА, Ставрополь, Россия

Цель: изучить особенности организации циркадианных ритмов вегетативной функции у подростков при нормальной и сниженной концентрации магния в эритроцитах и в сыворотке крови

Методы: обследовано 65 больных с синдромом вегетативной дистонии в возрасте от 10 до 17 лет. Оценка вегетативного гомеостаза осуществлялась методом вариационной ритмопульсометрии (ВРМП). Запись ВРМП проводилась с помощью ритмокардиомонитора ЭЛОН-001- М2, с определением показателей: моды (Мо), амплитуды моды (АМо), вариационного размаха (ВР), индекса напряжения (ИН). У всех пациентов проводилось определение магния в сыворотке крови и в эритроцитах.

Результаты: Синдром вегетативной дистонии по смешанному типу с гипертензивными реакциями напряжения диагностировался у 46%, по ваготоническому типу – у 36%, по симпатикотоническому типу – у 18% пациентов. Дефицит внутриклеточного магния выявлялся у 57% подростков с СВД. Изучена организация циркадианных ритмов вегетативной функции с помощью метода вариационной пульсометрии у подростков с синдромом вегетативной дистонии. Обнаружено, что у больных с низким содержанием магния в эритроцитах циркодианный ритм показателей вариационной пульсометрии были нарушены сильнее, чем у детей с нормальным содержанием внутриклеточного магния.

Выводы: включение в комплексную терапию синдрома вегетативной дистонии у подростков препаратов магния при выявлении гипомагнигистии необходимо для более быстрого регресса нарушений циркадианных ритмов вегетативной дисфункции.

0494 КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Кузнецова Т.Ю., Гаврилов Д.В., Самоходская Л.М., Балацкий А.В., Макаревич П.И., Парфенова Е.В., Дуданов И.П.
Медицинский факультет ПетрГУ, Петрозаводск, Россия; КНМЦ СЗО РАМН, Кондопога, Россия; ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

Цель: анализ влияния известных факторов риска (ФР) и полиморфизмов Glu298Asp гена эндотелиальной NO синтазы и C242T p22phox гена NADPH оксидазы на развитие ИБС у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы: обследовано 672 пациента ГБ, средний возраст 51 год, 67% мужчин. Анализировались следующие ФР ИБС и особенности течения ГБ: возраст, пол, степень и давность ГБ, отягощенная наследственность, курение, ожирение,

дислипидемия, сахарный диабет, обследование включало анализ мочи, тест на микроальбуминурию (МАУ), ЭКГ, ЭхоКС, УЗИ сонных артерий. Диагноз ИБС устанавливался по данным анамнеза и клиники, данными суточного мониторирования ЭКГ, ВЭМ, в 30% выполнена коронароангиография. В группе контроля обследовано 184 человека. Для определения Glu298Asp полиморфизма гена эндотелиальной NO синтазы и C242T p22 phox гена NADPH оксидазы использовались полимеразная цепная реакция и рестриктазный метод.

Результаты: ИБС диагностирована у 137 человек (20%). При сравнительном анализе встречаемости ФР в подгруппах с ИБС и без ИБС получены следующие результаты: ИБС чаще встречалась у мужчин (23%, против 13% у женщин, p=0,0037), в возрасте старше 50-ти лет (28% против 9%, p=0,0001), у пациентов с более длительным стажем АГ (более 10 лет течения ГБ частота ИБС 31%, менее 10 лет 15%, p=0,0001), чаще у лиц с отягощенной наследственностью по ранним сердечно-сосудистым катастрофам (27% против 17%, p=0,0034), на возникновение ИБС оказывало влияние ожирение (у лиц с ожирением ИБС диагностирована в 25%, без ожирения в 18%, p=0,028), сахарный диабет (диагностирован при ИБС в 36%, без ИБС в 19%, p=0,0014). В данной группе не обнаружено достоверной зависимости ИБС от курения и дислипидемии (последнее объясняется тем, что на момент исследования многие пациенты находились на терапии статинами). На возникновение ИБС оказывало влияние сочетание факторов риска (3 и более ФР встретились в 25%, p=0,014). У пациентов с ИБС достоверно чаще, чем у лиц без ИБС, диагностировались гипертрофия левого желудочка (33%, p=0,0001), сужение сосудов глазного дна (25%, p=0,002), атеросклероз сонных артерий при УЗИ (32%, p=0,0001), хроническая сердечная недостаточность (50%, p=0,0001). Распре-деление генотипов у пациентов, страдающих ГБ и у лиц без артериальной гипертензии одинаковое, для полиморфизма Glu298Asp гена эндотелиальной NO синтазы: GG 58%, GA 35%, AA 7% (АГ) и GG 52%, GA 38%, AA 10% (контроль), для полиморфизма C242T p22 phox гена NADPH оксидазы: CC 43%, CT 46%, TT 11% (АГ) и CC 41%, CT 54%, TT 5% (контроль). У больных ИБС GG 61%, GA 32%, AA 7%, CC 47%, CT 44%, TT 9%.

Выводы: на возникновение ИБС при ГБ влияют известные ФР (возраст, пол, давность и степень АГ, ожирение, отягощенная наследственность, сахарный диабет), и не влияют полиморфизмы генов эндотелиальной NO синтазы и NADPH оксидазы.

0495 ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ РЕСИНХРОНИЗАЦИЯ – НОВЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ВЫРАЖЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Кузнецов В.А., Колунин Г.В., Криночкин Д.В., Харац В.Е., Горбунова Т.Ю., Сенаторов Ю.Н., Павлов А.В., Чуркевич Т.О.
Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Существующие показания для сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ) при хронической сердечной недостаточности (ХСН) включают в себя такие параметры, как выраженность ХСН (III-IV функциональный класс (ФК) по NYHA), длительность QRS на ЭКГ (более 120 мс), снижение фракции выброса левого желудочка (ЛЖ) (<35%) и дилатацию его полости (>55 мм). В некоторых руководствах они дополнены параметрами систолической межжелудочковой или внутрижелудочковой диссинхронии, определяемой с помощью ЭхоКГ. Однако ранее было показано, что диастолическая диссинхрония встречается не менее часто, чем систолическая. В доступной литературе мы не встретили работ, посвященных диастолической ресинхронизации.

Представляем результат первой попытки. Пациент Щ, 51 года, поступил в клинику с развернутой картиной тяжелой ХСН IV ФК, которая после оптимизации лекарственной терапии соответствовала III ФК. В прошлом перенес 2 инфаркта миокарда, аортокоронарное шунтирование. В течение предыдущего года отмечалось 6 экстренных госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН. Фракция выброса ЛЖ – 28%, его диастолический диаметр – 62 мм. Умеренная многоклапанная регургитация. Систолическая диссинхрония, по данным ЭхоКГ, отсутствовала, однако, отмечалась диастолическая диссинхрония с суммарной задержкой пиков релаксации межжелудочковой перегородки по отношению к свободной стенке ЛЖ – 151 мс. Трансмитральный кровоток был рестриктивного типа (A/E=2,2). Длительность QRS - 110 мс. С помощью суточного мониторирования ЭКГ были выявлены залповые желудочковые экстрасистолы. Имелись прямые показания для имплантации кардиовертера-дефибриллятора (ИКД) с целью первичной профилактики внезапной сердечной смерти. Прямых показаний для СРТ не было: отсутствовали систолическая механическая диссинхрония и широкий QRS. Однако, учитывая неблагоприятный прогноз, связанный с рефрактерностью к медикаментозной терапии, гипотонией и выраженным снижением функции ЛЖ, было принято решение имплантировать комбинированную систему для СРТ-ИКД, провести пробную СРТ. В случае отсутствия клинического эффекта – ресинхронизацию отключить, используя прибор как «чистый» ИКД. Пациенту 21 ноября 2007 г. была проведена имплантация комбинированной системы для СРТ-ИКД (InSync-Protect, фирмы Medtronic). Уже после 2 дней после начала СРТ состояние пациента существенно улучшилось. Через 4 месяца наблюдения отмечалось стабильное уменьшение клинической выраженности ХСН. Улучшилось качество жизни. Пациент вернулся на работу (работает сантехником). Фракция выброса ЛЖ увеличилась до 41%, уменьшилась полость ЛЖ (до 52 мм), произошла полная синхронизация пиков релаксации миокарда ЛЖ, изменился характер трансмитрального кровотока в сторону увеличения наполнения в фазу предсердной систолы (A/E=1,4). Парадоксально, что величина QRS возросла до 150 мс.

Таким образом, нами впервые показана эффективность диастолической ресинхронизации в лечении выраженной ХСН.

0496 НЕОСЛОЖНЕННЫЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ КРИЗЫ (результаты лечения нифедипином)

Кузнецов Г.П., Цибин А.В., Крюков Н.Н.
Самарский государственный медицинский университет. Городская станция скорой помощи, Самара, Россия

Цель исследования. Оценить результаты и побочные эффекты нифедипина (НФ) при неосложненных ГК (НГК) у больных ГБ на догоспитальном этапе.

Пациенты и метод. Нифедипин (коринфар, адалат) назначался per os в дозе 10 мг врачами скорой медицинской помощи с целью купирования НГК 50 больным. Возраст больных колебался от 53 до 83 лет. Мужчин было 10, женщин – 40.

Результаты и их обсуждение. Побочные эффекты действия НФ (быстрое снижение АД, тахикардия) наблюдались у 46% больных. Острое нарушение мозгового кровообращения в виде транзитарной ишемической атаки и инсульта возникло у 20% больных.

Современные рекомендации по поводу лечения НГК НФ противоречивы. По-мнению экспертов-кардиологов США при купировании ГК следует избегать чрезмерного и быстрого снижения АД. По этой причине НФ короткого и быстрого действия не считается приемлемым для начальной терапии экстренных (осложненных ГК) и неотложных (неосложненных ГК) гипертонических состояний. В то же время в отечественных публикациях НФ рекомендуется для лечения НГК.

Наши данные не позволяют согласиться с последним мнением. При НГК риск развития осложнений со стороны мозга, сердца и почек вследствие быстрого и чрезмерного снижения АД НФ превышает их поражение из-за повышенного АД. В связи с этим, рекомендации о целесообразности начинать терапию НГК НФ нельзя считать рациональными. По нашему мнению нежелательных побочных эффектов действия НФ можно избежать предварительной блокадой симпатической и ренин-ангиотензиновой систем адрено-β-блокаторами внутрь (пропранолол, метапролол-тартрат).

0497 ДИСПЕРСИЯ ИНТЕРВАЛА Q-T И ЕГО ОТРЕЗКОВ И ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ МАРКЕРЫ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Кузубова А.В., Афанасьев Ю.И., Григорова С.Ю.
Белгородский государственный университет, Белгород, Россия

Дисперсия интервала Q-T и его отрезков является неинвазивным маркером нестабильности электрофизиологических свойств миокарда и предрасположенности к нарушениям ритма сердца у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Целью нашего исследования явилось изучение вариабельности интервала Q-T и его отрезков в сопоставлении с уровнем иммунного воспалительного процесса у пациентов со стабильной стенокардией напряжения.

Исследованы 97 больных ИБС, из них у 35 человек выявлена сопутствующая основному заболеванию артериальная гипертензия (АГ), у 27 человек - перенесенный в прошлом инфаркт миокарда (ИМ).

Показатели дисперсии вычисляли традиционным способом при ЭКГ-исследовании. Выраженность воспалительного компонента в атеросклеротическом процессе у больных ишемической болезнью сердца оценивали по содержанию С-реактивного белка (СРБ), интерлейкина-6 (ИЛ-6) и фактора некроза опухоли (α-ФНО). СРБ определяли иммунотурбидиметрическим методом на аппарате Кобас-Интегро-400; ИЛ-6 и α-ФНО - иммуноферментным методом. Концентрация СРБ в крови здоровых лиц составила 2-4 мг/л, ИЛ-6 нг/л, α-ФНО 2,5 нг/л. Статистический анализ проведен методами параметрической статистики с использованием критерия t-Стьюдента в оценке значимости различий признаков. Различия считали достоверными при $p<0,05$.

В ходе проведенных исследований обнаружено достоверное увеличение показателей дисперсии интервала Q-T и его отрезков у пациентов со стабильной стенокардией по сравнению с данными здоровых лиц ($p<0,001$). При оценке содержания провоспалительных цитокинов и индикаторов воспалительного процесса наиболее демонстративным оказался уровень СРБ. У больных стенокардией в сочетании с АГ и перенесенным ИМ концентрация СРБ более чем в 2-4 раза превосходила контрольные цифры здоровых доноров и достоверно превышала показатели оппозитных групп (12,53±2,04 мг/л против 7,03±2,7).

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о влиянии иммуновоспалительного компонента атеросклеротического процесса в системе коронарных артерий на развитие негомогенности электрофизиологических свойств миокарда.

0498 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ДУПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СОСТОЯНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кузьменко Е. А., Кривенко Л. Е., Приходько В.Н.
ГОУ ВПО ВГМУ «Росздрава», Владивосток, Россия; Военно-морской клинический госпиталь ТОФ, Владивосток, Россия

В последние годы цветовое дуплексное сканирование (ЦДС) широко используется для визуализации структур (тканей, сосудов) с одновременным получением цветовой картограммы или допплеровского спектра, диагностики деформаций, стенозов и окклюзий брахиоцефальных артерий (БЦА), состояния коллатеральной компенсации мозгового кровообращения.

Целью настоящей работы было изучение состояния мозговой гемодинамики у больных гипертонической болезнью (ГБ) I-II стадии методом ЦДС.

Было обследовано 133 больных ГБ и 25 практически здоровых, составивших контрольную группу. В 1 группу вошли 35 больных ГБ I стадии, АГ I степени, низкого и среднего риска, среди них 22 мужчины и 13 женщин, средний возраст 48,6±1,4 лет, длительность заболевания – 4,2±0,43 лет. Во 2 группу вошли 63 больных, в том числе 42 мужчины и 21 женщина, средний возраст 54,5±2,3 лет с ГБ II стадии, АГ I-II степени, средней и высокой степени риска, с поражением органов мишеней с продолжительностью заболевания 7,62±0,58 лет. В 3 группу вошли 35 больных ГБ II стадии, из них 24 мужчины и 11 женщин, средний возраст 56,8±2,6 лет, у которых была АГ II степени, с высоким и очень высоким риском развития осложнений, устойчивым повышением АД и более выраженным поражением органов-«мишеней», с длительностью анамнеза ГБ 9,6±0,26 лет.

В результате проведенного обследования установлено, что у больных ГБ I стадии в 30% случаев были выявлены структурные изменения в экстракраниальных отделах брахиоцефальных артерий: утолщение комплекса интима-медиа, различного вида деформации сосудов либо атеросклеротические бляшки. У всех больных 2 и 3 групп был выявлен комплекс структурных и гемодинамических изменений сосудистой системы головного мозга, включавший деформации и/или атеросклеротические поражения магистральных артерий головы (МАГ), увеличение диаметров внутренних сонных (ВСА) и позвоночных артерий. Во всех группах больных ГБ наблюдалось снижение линейной скорости кровотока по ВСА, увеличение пиковой систолической скорости кровотока в средних мозговых артериях, регионального сосудистого сопротивления, перфузии мозга; снижение кровотока по глубоким венам головного мозга. Более выраженные изменения наблюдались в 3 группе больных ГБ, что было обусловлено более выраженными морфофункциональными изменениями БЦА. У больных ГБ II стадии чаще встречались атеросклеротические бляшки негомогенного характера, что отражало высокую степень развития осложнений. Результаты проб с миогенной и вазодилататорной направленностью указывали на снижение компенсаторных возможностей сосудистой системы головного мозга у больных с I и II стадией ГБ.

Таким образом, уже у больных ГБ I стадии в значительном проценте случаев выявлялись признаки атеросклероза МАГ, компенсаторные нарушения мозгового кровотока и снижение компенсаторных возможностей сосудистой системы головного мозга, что требует не только углубленного обследования этого контингента больных, но и соответствующей реабилитации.

0499 ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST У ПАЦИЕНТОВ СО СПОНТАННОЙ РЕПЕРФУЗИЕЙ СИМПТОМ-СВЯЗАННОЙ АРТЕРИИ

Кузьмин А.И., Меркулова И.Н., Акашева Д.У., Сухинина Т.С.
ФГУ РКНПК, Москва, Россия

Цель исследования: изучение особенностей клинического течения заболевания у больных с острым инфарктом миокарда (ИМ), сопровождающимся подъемом сегмента ST и спонтанной реперфузией (СР) по сравнению с пациентами, нуждающимися в восстановлении коронарного кровообращения активными методами.

Материалы и методы: В течение 2-х лет обследовано 479 пациентов, у которых либо наблюдалась СР (49 больных), либо применялись активные методы восстановления коронарного кровотока – догоспитальный тромболизис (127 больных), тромболизис после госпитализации (127 больных), первичная коронарная ангиопластика (60 больных) и ангиопластика в сочетании с тромболитической терапией (116 больных). Таким образом, СР была диагностирована в 10% случаев.

Результаты исследования: у пациентов со СР и в группе с активными методами восстановления коронарного кровотока не было различий по возрасту (54,7±9,2 и 54,9±9,5 лет) и полу (11% и 15% мужчин, соответственно). Первичный инфаркт миокарда у пациентов со СР наблюдался в 86% случаев, в группе сравнения - в 85%. Между группами не отмечалось достоверных отличий и по локализации инфаркта миокарда: передний ИМ встречался соответственно у 41% и 47% больных. Вместе с тем у пациентов со СР наблюдалось более благоприятное течение заболевания, чем у больных с активным восстановлением кровотока. У них реже развивался Q-ИМ (в 80% и 99% случаев, $p<0,00005$), диафраг-

мальный инфаркт реже сопровождался поражением правого желудочка (6% и 14%, p<0,05). Недостаточность кровообращения и атриовентрикулярные блокады после СР возникали также реже: 4% и 14%, p<0,05 и 0% и 8%, p<0,05. Среднегрупповое значение фракции выброса левого желудочка в группах со СР было существенно выше, чем в группе сравнения (50,7±6,8% и 45,4±6,6%) и в каждой из подгрупп.

Выводы: СР выявляется, в среднем, у 10% больных ИМ с подъемом ST, поступающих в стационар.

У пациентов с ИМ и СР по сравнению с больными, у которых используются активные методы устранения коронарного тромбоза, наблюдаются наилучшие показатели сократительной функции миокарда.

СР сопровождается более благоприятным течением инфаркта – более редким формированием Q-ИМ и инфаркта правого желудочка, недостаточности кровообращения и атриовентрикулярных блокад.

0500 НАРУШЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ БАРОРЕФЛЕКСА ПРИ АКТИВНОЙ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЕ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кузьмина Ю.В., Рогоза А.Н., Ощепкова Е.В.
ФГУ РКНПК , Москва, Россия

Цель исследования: изучить изменения чувствительности барорефлекса в первые секунды активной ортостатической пробы (АОП), как возможной причины ортостатической неустойчивости у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы: Обследовано 83 больных ГБ I-II ст., степень АГ I-II, умеренного и высокого риска в возрасте от 48 до 75 лет (57±10). Группу контроля составил 21 здоровый человек в возрасте от 33 до 70 лет (50±10). АОП проводилась с непрерывным неинвазивным измерением ЧСС, САД и ДАД в пальцевой артерии (“Task Force Monitor”, “CNSystems” Австрия). Чувствительность барорефлекса (ЧБ) определялась по соотношению спонтанных изменений АД и ЧСС с построением линейной регрессии (метод “slope” Parati, 1992). Статистический анализ выполнен с использованием непараметрического метода Манн-Уитни. Данные приведены как M±STD.

Результаты: У больных в первые 15 секунд ортостаза регистрировались начальные депрессорные реакции (НДР) в виде снижения среднего гемодинамического АД (АДср) на 20 ± 8 мм рт.ст., а в группе контроля - на 15±7 мм рт.ст. (p<0.05). При анализе выявлено 2 типа НДР: I-ый тип (n=45) характеризуется кратковременным снижением АДср с восстановлением к 15-ой секунде на 75-100% от исходного уровня. При II-ом (n=38) выявлено пролонгированное снижение АДср более 10 мм рт.ст. в ортостазе без восстановления АД к 15-ой секунде. По сравнению со здоровыми лицами у больных ГБ исходно отмечалась тенденция к снижению чувствительности барорефлекса [мс/мм рт.ст] (8,1±2,6 vs 6,9±3,5, p=0.06), и эти отличия усугублялись в первые секунды ортостаза [мс/мм рт.ст] (7,5±2,8 vs 4,5±2,7, p<0.001). У больных НДР типа II в отличие от типа I исходно регистрировались достоверно более низкие значения ЧБ [мс/мм рт.ст] (5,6±2,9 vs 7,3±3,3, p<0.05), аналогичная тенденция наблюдалась и в первые секунды ортостаза [мс/мм рт.ст] (3,6±4,85 vs 5,1±2,9, p=0.07).

Выводы: угнетение чувствительности барорефлекса при переходе в вертикальное положение может быть ответственно за более длительное снижение среднего гемодинамического АД в первые секунды ортостаза у больных ГБ.

0501 ОТСУТСТВИЕ РАЗЛИЧИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Кузюкова А.А., Бунова С.С., Остапенко В.А.
ГОУ ВПО Омская государственная медицинская академия Росздрава, Омск, Россия

Цель исследования. Выявить различия показателей системы сосудисто-тромбоцитарного, коагуляционного гемостаза и системы фибринолиза у пациентов с гипертонической болезнью в зависимости от возраста.

Материал и методы. В исследование включено 26 больных гипертонической болезнью (ГБ) I-II стадии, 1-3 групп риска, из них 15 женщин и 11 мужчин. Средний возраст 47,7±7,4 года, средняя длительность заболевания 11,1±9,4 года. Диагноз ГБ был поставлен согласно критериям ВОЗ и ВНОК, с обязательным исключением симптоматических артериальных гипертензий. Всем пациентам проводилось определение уровня: протромбиновый индекс (PTI), протромбиновое отношение (PO), активированное частичное тромбопластиновое время (AHTV), тромбиновое время, уровни фибриногена, антитромбина III, растворимых фибрин-мономерных комплексов (RFMK), XII фибринолитического фактора, XIII фактора свёртывания крови, коллаген-индуцированная агрегация тромбоцитов, ристомицин, АДФ- индуцированная агрегация тромбоцитов, спонтанная агрегация тромбоцитов. В процессе статистической обработки данных применялись: описательная статистика, критерий Манна-Уитни. Статистически значимыми принимали данные при α=0,05. Полученные данные представлены в виде M±s, где M – это среднее значение, s – среднее квадратическое (стандартное) отклонение.

Результаты исследования. В процессе исследования все пациенты были разделены на 2 группы. 1 группу составили 10 пациентов с ГБ в возрасте 17-29 лет; 2 группу – 16 пациентов с ГБ в возрасте 30-60 лет. В результате проведенных исследований в двух группах получены следующие результаты: в 1 группе PTI - 95,10±3,51%; PO 1,05±0,04; AHTV 39,80±5,61 с; тромбиновое время 17,10±2,02 с; уровень фибриногена 6,55±11,78 г/л; антитромбин III 103,60±5,19%; RFMK 5,25±1,78 мг/100мл; XII-а зависимый фибринолиз 8,49±1,95 м; XIII фактор 103,00±9,80%; коллаген-индуцированная агрегация тромбоцитов 65,78±32,46%; ристомицин- индуцированная агрегация тромбоцитов 70,50±43,36%; АДФ- индуцированная агрегация тромбоцитов (10мкг/мл) 57,08±25,57%; спонтанная агрегация тромбоцитов 1,70±0,76%. Во 2 группе: PTI 97,94±5,90%; PO 1,03±0,07; AHTV 38,25±6,99 с; тромбиновое время 15,63±1,41 с; уровень фибриногена 3,80±1,53 г/л; антитромбин III 103,75±15,30%; RFMK 8,47±4,15 мг/100мл; XII-а зависимый фибринолиз 8,77±6,51 м; XIII фактор 105,31±10,52%; коллаген-индуцированная агрегация тромбоцитов 55,73±23,42%; ристомицин-индуцированная агрегация тромбоцитов 63,99±13,57%; АДФ- индуцированная агрегация тромбоцитов (10мкг/мл) 57,21±14,50%; спонтанная агрегация тромбоцитов 2,34±2,85%. С целью выявления различий показателей системы гемостаза в выделенных двух независимых группах использовался критерий Манна-Уитни. В результате проведенного анализа статистически значимых различий изученных показателей выявлено не было.

Выводы. У больных ГБ I-II стадии, 1-3 групп риска отсутствуют статистически значимые различия показателей системы сосудисто-тромбоцитарного, коагуляционного гемостаза и фибринолитической системы.

0502 ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ

Кузюкова А.А., Бунова С.С., Остапенко В.А.
ГОУ ВПО Омская государственная медицинская академия Росздрава, Омск, Россия

Цель исследования. Определить особенности патологии системы гемостаза у больных гипертонической болезнью в сочетании с ожирением.

Материал и методы. В исследование включено 109 больных гипертонической болезнью (ГБ) 1-2 стадии, 1-3 групп риска, из них 80 женщин и 29 мужчин, средний возраст пациентов 47,9±0,7 лет, средняя длительность заболевания 11,3±0,9 года. Всем пациентам проводился расчёт ИМТ, определение: прот-

ромбиновый индекс (ПТИ), протромбиновое отношение (ПО), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), тромбиновое время, уровни фибриногена, антитромбина III, растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК), XII фибринолитического фактора, XIII фактора свёртывания крови, коллаген-, ристомицин- и АДФ-индуцированная агрегация тромбоцитов и спонтанная агрегация тромбоцитов. В процессе статистической обработки данных применялись: описательная статистика, критерий Краскела-Уоллиса и Манна-Уитни. Статистически значимыми принимали данные при α=0,05. Полученные данные представлены в виде M±s, где M – это среднее значение, s – среднее квадратическое (стандартное) отклонение.

Результаты исследования. В процессе исследования все пациенты были разделены на 3 группы: 23 пациента с АГ и нормальным весом (18,5≥ИМТ>25), средний возраст 48,1±1,1 лет; 30 пациентов с АГ и избыточным весом (25≥ИМТ<30), средний возраст 47,4±1,6 лет; 56 пациентов с АГ и ожирением (ИМТ≥30), средний возраст 48,1±0,9 лет. В ходе статистической обработки данных при сравнении полученных показателей в 3 группах с помощью критерия Краскела-Уоллиса с поправкой Бонферони установлено, что диагностически значимых различий изучаемых показателей между 1 и 2 группами выявлено не было. Это позволило объединить данные группы в одну. При выявлении различий показателей системы гемостаза в группе с нормальной и избыточной массой тела (18,5≥ИМТ<30) и группе пациентов с ожирением (по критерию Манна-Уитни) были выявлены диагностически значимые различия по показателю РФМК (z=-2,05, p-level=0,04). Данный показатель увеличивался ранее других у пациентов с ГБ в сочетании с ожирением и его среднее значение составило 7,23±0,73 мг/100мл.

Выводы. У больных ГБ в сочетании с ожирением уровень РФМК статистически значимо выше, чем у пациентов с ГБ без ожирения. Данный факт выявляет наличие у больных ГБ нарушений системы фибринолиза и формирование гиперкоагуляционного синдрома, что необходимо учитывать в процессе лечения данной категории пациентов.

0503 О НЕСТАБИЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ОСЦИЛЛЯТОРОВ В ОБЩЕПРИНЯТЫХ СПЕКТРАЛЬНЫХ ДИАПАЗОНАХ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ И ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ (НЕПРЕРЫВНЫЙ ВЕЙВЛЕТ-АНАЛИЗ)

Куклин С.Г., Дзизинский А.А.
ГОУ ДПО «Иркутский институт усовершенствования врачей Росздрава», Иркутск, Россия

Цель. Оценить активность отделов вегетативной нервной системы по колебательным компонентам сердечного ритма в период минимального систолического артериального давления (САД) ночью у здоровых и больных с артериальной гипертонией.

Методы. Проводилось 24-часовое мониторирование артериального давления с синхронной непрерывной регистрацией последовательности интервалов RR ЭКГ, в группе из 10 здоровых людей (4 женщины, 6 мужчин, средний возраст 42±9 лет) и у 20 больных с эссенциальной артериальной гипертонией без нарушений ритма (I-II стадии по ВНОК, 3 женщины, 17 мужчин, средний возраст 46±10 лет). Использовался аппарат CardioTens-01 (Meditech, Венгрия). Изучалась непрерывная последовательность кардиоинтервалов на отрезке 1 час (около 3600 интервалов, 30 минут до и 30 минут после минимального систолического АД ночью). Для анализа кардиоинтервалов методом непрерывного вейвлет-анализа использовался пакет программ на базе языка IDL (IDL 5.4, США). С использованием вейвлета Морле определяли на кардиоинтервалограмме положение во времени, частоту, амплитуду колебаний осцилляторов в диапазонах HF, LF, VLF (диапазоны частот 0,15–0,4; 0,04–0,15 и 0,003–0,04 Гц соответственно) и их количество.

Результаты. Как у здоровых, так и у пациентов с артериальной гипертонией в период минимального САД ночью определялась нестабильная активность осцилляторов в общепринятых спектральных диапазонах. В диапазоне HF, как правило, выявлялся один осциллятор с нестабильной частотой и амплитудой. В диапазоне LF обычно выявлялись 1-3 одновременно активных колебательных процесса продолжительностью 3-10 периодов с непостоянной частотой и амплитудой. В диапазоне VLF, как правило, выявлялось 4-6 одновременно активных, нестабильных колебательных процесса продолжительностью 3-15 периодов с непостоянной частотой и амплитудой. Подобная нестабильность количества, амплитуды и частоты работы осцилляторов в сердечном ритме имелась также на всех остальных отрезках 24-часовой непрерывной последовательности кардиоинтервалов. Эпизодически дрейфующая частота некоторых осцилляторов переходила границы общепринятых спектральных диапазонов.

Выводы. Колебательные компоненты в диапазонах HF, LF, VLF непостоянны по продолжительности, частоте и амплитуде как в период минимального САД ночью, так и в остальное время суток. Их амплитудно-частотные взаимоотношения чрезвычайно изменчивы. Вейвлет-анализ последовательности кардиоинтервалов, в отличие от анализа Фурье, отражает нестационарную природу синхронной активности колебательных процессов в сердечном ритме и позволяет получать новые данные о характере управляющих воздействий вегетативной нервной системы.

0504 УРОВНИ ЛЕПТИНА И РЕЦЕПТОРОВ К ЛЕПТИНУ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кулик О.Ю., Романов В.Ю., Чулаевская И.В., Илюшина А.Я., Якушко Л.В, Митченко Е.И.
ННЦ «Институт кардиологии им. акад. Н.Д. Стражеска» АМН Украины, Киев, Украина

Цель: изучить уровни лептина и рецепторов к лептину (sOB-R) у пациентов с метаболическим синдромом (МС) и нарушениями углеводного обмена.

Методы: Обследовано 70 пациентов с МС (средний возраст 51,5±1,9), которые составили 4 клинические группы (мужчины и женщины анализировались отдельно): 1гр.-пациенты с МС и сахарным диабетом (СД); 2гр.- с МС и нарушенной толерантностью к углеводам (НТГ); 3гр.- с МС и инсулинорезистентностью (ИР) без СД и НТГ; 4гр.- с МС. Методы исследования: индекс массы тела, объем талии(ОТ), тощаковые уровни лептина, уровни sOB-R, глюкозы, инсулина, с определением индекса HOMA.

Результаты: у мужчин и женщин 1 гр., были зарегистрированы более высокие уровни лептина, чем у пациентов 4 гр.: у женщин (64,0±7,7 и 27,9±5,70 нг/мл), у мужчин(47,7±5,5 и 8,1±0,9 нг/мл), соответственно($p<0,05$). У пациентов нарушения углеводного обмена сопровождаются увеличением абдоминального ожирения, что ассоциируется с увеличением уровней лептина и уменьшением концентрации sOB-R . У женщин 4 гр. ОТ составил (87,4±3,9 см), что достоверно отличалось от ОТ пациенток 1гр. (101,2±2,1 см). У мужчин 4 гр. ОТ составил (92,7±4,8см), что достоверно отличалось от ОТ (109,9 ±4,6см) пациентов 1 гр. Выявленная гиперлептинемия у пациентов с МС может рассматриваться, как предиктор развития лептинорезистентности, вследствие возможного полиморфизма гена sOB-R, проявлением которого является снижение уровней данных рецепторов. Ухудшение углеводного обмена от ИР до СД сопровождалось уменьшением уровней sOB-R (от 17,5±0,1 в 3 гр. до 15,0±0,4 нг/мл в 1 гр.) у женщин и (от 21,3±0,7 в 3 гр. до 15,8±0,5 нг/мл в 1 гр.) у мужчин.

Выводы: Выявленная гиперлептинемия у пациентов с МС может рассматриваться, как предиктор развития лептинорезистентности, вследствие возможного полиморфизма гена sOB-R, проявлением которого является снижение уровней рецепторов к лептину, что ассоциируется с прогрессированием нарушений углеводного обмена, с сохранением гендерных отличий.

0505 КОРРЕЛЯЦИЯ ВРЕМЕННЫХ И СПЕКТРАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА ОПРЕДЕЛЕННЫХ ПО ЗАПИСЯМ ЭКГ РАЗНОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ I И II СТ.

Кулюцин А.В., Томашевская Ю.А., Крутенков А.Н., Донченко И.А., Елисеева И.В.
Медицинский институт ПГУ, Пенза, Россия

Цель: изучение корреляционной взаимосвязи показателей вариабельности ритма сердца (ВСР), определенных по записям ЭКГ разной продолжительности у больных с 1 и 2 степенью АГ.

Материалы и методы: в исследование было включено 55 человек с АГ 1 и 2 степени. Среди пациентов было 23 мужчины в возрасте от 36 до 67 лет (средний возраст 51 год) и 32 женщины в возрасте от 40 до 60 лет (средний возраст 50 лет), объединенных в одну группу. Стаж заболевания пациентов составлял 7±4 лет. ВРС на 5-минутных интервалах определялась с использованием поликардиоанализатора «Поли-Спектр» («Нейрософт», Россия). ВРС изучалась с помощью 24-часового холтеровского мониторирования. Суточная запись ЭКГ проводилась с использованием аппаратурно – программного комплекса «Астрокард» («Медитек», Россия). Исследование проводилось в стандартных условиях на фоне отмывочного периода. Оценивалась взаимосвязь показателей временного и спектрального анализа ВРС. Статистическая обработка выполнена с использованием программы «Statistika-6». Данные представлены в виде медианы и интерквартельных интервалов – Me (Q25;Q75); коэффициента корреляции Спирмена R и уровня значимости p.

Результаты: выявлена слабая прямая корреляционная взаимосвязь между следующими показателями ВРС 5-ти минутной и суточной записи: RRNN и MeanNN (R=0,55, p=0,001); RRNN и VLfP (R=0,35; p=0,02); а также слабая обратная корреляционная взаимосвязь: H/F и SDNN (R=-0,37, p=0,01); H/F и VLfP (R=-0,31, p=0,04).

На 5-минутных и 24-часовых участках записи соответственно получены следующие показатели: MeanNN 849 (751;948) и 839 (773;883); SDNN 38 и 134 (111;153); RMSSD 22 (13;59) и 24 (20;33); pNN50 1,62 (0,262;1,06) и 4,48 (2,49;11,14); TotP 18977 (12842;23810) и 1327 (574;2221); VLfP 1456 (923;1703) и 466 (313;1286); LfP 636 (396;874) и 257 (141;452); HFP 135 (90;267) и 141 (74;703); L/H 4,27 (2,79;5,33) и 1,1 (0,62;2,1).

Выводы: имеется слабая корреляционная взаимосвязь между отдельными показателями ВРС, рассчитанными по записям разной продолжительности. Данное наблюдение свидетельствует о разной клинической ценности анализа ВРС у больных с эссенциальной артериальной гипертензией 1 и 2 ст. при суточном мониторировании ЭКГ и по 5-минутным записям.

0506 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭГИЛОКА РЕТАРД И ДИЛТИАЗЕМА НА ВРЕМЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 1-2 СТАДИИ

Кулюцин А.В., Лукьянова М.В., Гусаковская Л.И., Олейников В.Э.
Медицинский институт ПГУ, Пенза, Россия

Цель: изучить динамику временных показателей вариабельности сердечного ритма (ВРС) по данным суточного мониторирования ЭКГ у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) 1-2 стадии на фоне терапии эгилоком ретард и дилтиаземом.

Материалы и методы: обследовано 35 пациентов с артериальной гипертонией 1-2 стадии в возрасте 52,9±7,6. Средняя продолжительность заболевания 12,8±4,25 года. Всем больным выполнено суточное мониторирование ЭКГ с анализом ВРС на аппаратурном комплексе «Астрокард» («Медитек», Россия), а также суточное мониторирование артериального давления на аппарате BPLab («Петр Телегин», Россия). К анализу принимались временные показатели ВРС, рекомендованные к практическому применению экспертами American Heart Assotiation (MeanNN, SDNN, SDNNi, SDANN, rMSSD, pNN50). Данные представлены в виде медианы и интерквартильного интервала – Me (Q 25%; Q 75%).

Результаты: после проведенного обследования все пациенты были разделены на 2 группы методом случайной выборки: первая группа включала 23 человека (12 мужчин и 11 женщин), получавших эгилок ретард в средней дозе 100-150мг/сут; вторая группа состояла из 12 человек (5 мужчин и 7 женщин), получавших дилтиазем в средней дозе 90-180мг/сут. Спустя 24 недели антигипертензивной терапии оценивали динамику временных показателей ВРС.

При сопоставлении показателей ВРС в группе пациентов, получавших эгилок ретард, выявлена тенденция к увеличению показателей временного анализа на фоне проводимой антигипертензивной терапии: MeanNN до лечения 841 (803; 891), после 911 (898; 905) (p=0,01); SDNN 129 (123;134) и 121 (113;135), (p=0,51); SDNNi 54 (52;58) и 56 (52; 61), (p=0,72); SDANN 114 (108;120) и 109 (98; 121), (p=0,89); rMSSD 25 (22; 25) и 29 (25; 31), (p=0,14); pNN50 5,7 (4,3; 4,7) и 9,5 (5,2; 10,9), (p=0,01).

В группе дилтиазема не наблюдалось достоверной динамики показателей ВРС: MeanNN 863,4 (837; 908), после 872,2 (837; 864) (p=0,61); SDNN 173,8 (142;211) и 149,8 (123;164), (p=0,35); SDNNi 60,2 (46; 80) и 53,4 (42; 65), (p=0,14); SDANN 166 (137;200) и 148,6 (114;160), p=0,35; rMSSD 34,4 (23; 47) и 27,4 (23; 32), (p=0,07); pNN50 9,9 (5,3; 12,3) и 8,6 (5,5; 10,3), (p=0,08).

Выводы: терапия эгилоком ретард оказывала благоприятное влияние на вегетативный статус и сопровождалась достоверным повышением отдельных показателей ВРС. В группе пациентов, получавших дилтиазем, статистически достоверных изменений показателей ВРС не отмечено.

0507 ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Куницына Н.Ю., Козиолова Н.А.
Краевой госпиталь для ветеранов войн, Государственная медицинская академия им. академика Е.А. Вагнера, Пермь, Россия

Цель: определение частоты выявляемости ортостатической гипотензии у больных гипертонической болезнью старше 65 лет.

Методы: при стационарном лечении в терапевтических отделениях госпиталя для ветеранов войн Пермского края обследовано 290 больных гипертонической болезнью, не принимающих постоянно антигипертензивную терапию. Средний возраст больных составил 70±5,0 года, средние офисное систолическое артериальной давление - 164,0±3,9, диастолическое - 105,6±5,3 мм рт.ст.. Длительность анамнеза гипертонической болезни составила 16,6±7,9 лет. Сахарный диабет 2 типа наблюдался в анамнезе у 39,6% (115 человек), облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей – у 28,3% (82 человека), хроническая обструктивная болезнь легких – у 32,1% (93 человек). Всем больным проводились суточное мониторирование АД и активная ортостатическая проба Шеллонга при отсутствии приема антигипертензивных препаратов. Обследуемому накладывали на плечо компрессионную манжету для изменения АД, которую не снимали до конца исследования. Больной спокойно лежал в течение 15 мин, затем в горизонтальном положении измеряли АД. В дальнейшем больной садился и, начиная с третьей минуты горизонтального положения, вновь измеряли АД. При снижении систолического АД на 20 и/или диастолического – на 10 мм рт.ст. или снижении АД до 90/60 мм рт.ст. и ниже ортостатическую пробу считали положительной.

Результаты: ортостатическая гипотензия выявлена у 60,0% (175 больных) больных гипертонической болезнью в возрасте старше 65 лет. При проведении ортостатической пробы систолическое АД снизилось в среднем на 22,4±0,3 мм рт.ст. у 51, 7% (150 человек), диастолическое АД снизилось в среднем на 11,8±0,1 мм рт.ст. у 48,3% (140 человек). У пожилых больных гипертонической болезнью в сочетании с сахарным диабетом 2 типа ортос-

татическая гипотензия отмечена у 42,5%, с хронической обструктивной болезнью легких – у 51,7%, с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей – у 78,2%. У 400% пациентов с ортостатической гипотензией во время проведения ортостатической пробы возникли вегетативные реакции в виде потливости, головокружения, шума в ушах, тошноты, покраснения лица. По данным суточного мониторирования АД у 40,0% больных выявлены эпизоды артериальной гипотензии (≤110/70 мм рт.ст.). Средняя частота эпизодов артериальной гипотензии составила 6,0±2,1 в сутки.

Выводы: частота встречаемости ортостатической гипотензии по данным активной ортостатической пробы Шеллонга среди больных гипертонической болезнью пожилого возраста составила 60,0%. Наибольшая частота встречаемости ортостатической гипотензии у пожилых больных зарегистрирована при сочетании гипертонической болезни с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей. Частота артериальной гипотензии по данным суточного мониторирования АД регистрируется у 40,0% больных гипертонической болезнью старше 65 лет.

0508 АНТИРЕМОДЕЛИРУЮЩАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНАЛАПРИЛА У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ

Курбанова Д.Р.
Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Целью исследования явилось изучение антигипертензивной и органопротективной эффективности эналаприла с учетом полиморфизма генов, компонентов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) у больных эссенциальной гипертонией (ЭГ) узбекской национальности.

Материал и методы исследования. В исследование включены 58 больных ЭГ с I-II ст АГ (ВОЗ, МОАГ 1999), в среднем возрасте 47,1±8,2 лет. Все больные находились на 12-недельной монотерапии эналаприлом в среднесуточной дозе 12,2±6,9мг. Эхокардиографическое исследование проводилось в М- и В- режимах для оценки массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ). Степень регрессии гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) определяли по индексу ММЛЖ (иММЛЖ = ММЛЖ / площадь тела). Методом полимеразно-цепной реакции амплифицировали полиморфные участки генов-компонентов РААС: A1166C полиморфизма гена рецепторов 1 типа ангиотензина II (AT1R), C-344T полиморфизма гена альдостеронсинтазы (CYP11B2), I/D полиморфизма гена ангиотензинпревращающего фермента (ACE) и M235T полиморфизма гена ангиотензиногена (ANG). По результатам генотипирования определяли AA-, AC-, CC- генотипы гена AT1R, CC-, CT-, TT-генотипы гена CYP11B2, II-, ID-, DD- генотипы гена ACE, MM-, MT-, TT- генотипы гена ANG. Из-за статистически малого количества больных с CC-генотипом гена AT1R в последующем были объединены группы AC+CC-генотипов.

Результаты исследования. Больные с различными генотипами изученных генов исходно не различались по значениям систолического и диастолического АД (САД и ДАД), однако с учетом полиморфизма гена ACE различались по показателю иММЛЖ: II-153,2±20 г/м², ID-164,8±41,6 г/м², DD-170,3±32,4 г/м² (p<0,05). На фоне 12-недельной монотерапии эналаприлом отмечена высокая антигипертензивная эффективность препарата, со степенью снижения САД в среднем на 18,21±7,11%, ДАД – 18,29±7,03%, которая не ассоциировалась с тем или иным генотипом изученных генов. Анализ регрессии ГЛЖ на фоне терапии эналаприлом показал возможность достоверной регрессии ГЛЖ, при этом наибольшая степень регрессии отмечалась у больных с II-генотипом гена ACE, TT-генотипом гена ANG. Так степень регрессии ГЛЖ у II-гомозигот гена ACE составила 8,3±4,0%, у ID-гетерозигот - 5,6±7,7% и DD-гомозигот - 4,6±3,0% (p<0,01); у TT-гомозигот гена ANG – 6,6±10,3%, MT-гетерозигот - 6,01±5,2%, MM-гомозигот – 4,6±4,49%. При этом среднесуточные дозы препарата достоверно не различались между исследуемыми генотипами.

Заключение. Отмечена высокая антигипертензивная эффективность 12-недельной монотерапии эналаприлом, независящая от полиморфизма изученных генов РААС. Возможность достоверной регрессии ГЛЖ с наибольшей степенью регрессии показана у больных с DD-генотипом гена ACE, TT-генотипом гена ANG.

0509 КРЕАТИН ФОСФАТ НАТРИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Курбанов Н.А., Абдуллаев Т.А., Марданов Б.У.
Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: оценка клинико-функциональной эффективности креатин фосфата натрия (КФН) в комплексной терапии больных ХСН, обусловленной ишемической (ИКМП) и дилатационной (ДКМП) кардиомиопатиями.

Материал и методы исследования. В исследование включено 20 больных, средний возраст которых составил 52,8±2,8 лет. Из них у 12 (60%) больных ХСН обусловлена дилатационной кардиомиопатией (ДКМП), 8 (40%) больных - страдали ИБС в анамнезе, перенесшие инфаркт миокарда, причем в 75% случаев сопутствовал сахарный диабет. В дополнение к препаратам стандартной терапии назначался КФН, в дозе 1 г/сут, в течение 10 дней. Исходно и в конце лечения проводились клинический осмотр, ЭКГ, ХМЭКГ, Д-ЭхоКГ, определение толерантности к физической нагрузке (ТФН) с помощью 6-ти мин. прогулочного теста и оценка клинического статуса в баллах по ШОКС.

Результаты исследования. По результатам оценки клинико-функционального состояния больных к концу стационарного курса лечения выявлено: улучшение ФК СН на 42,8% (с 2,8±0,2 до 1,6±0,1 соответственно, p<0,001), что сопровождалось увеличением проходимой дистанции за 6 мин на 49,04% (263±24,8 и 392±15,1метра, p<0,001). Сумма баллов, характеризующая клиническое состояние больных статистически значимо уменьшилась на 66,3% (с 9,5±0,7 до 3,2±0,3 баллов, p<0,001). Результаты динамики показателей внутрисердечной гемодинамики показали, что введение КФН на фоне базисной терапии в течение 10 дней, на размеры конечно-диастолического объема (КДО) (287,4±20,5 и 296,1±26,8 мл) практически не повлиял, даже отмечена тенденция к некоторому их увеличению. Вместе с тем, конечный систолический объем (КСО) уменьшился на 11,4% (166,6±14,7 и 147,6±11,8 мл), что способствовало увеличению ударного объема (УО) на 22,9% (120,8±148,5±22,05мл), сопровождаясь увеличением фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) на 14,4% (42,3±2,5 и 48,4±2,9 соответственно), однако данные изменения центральной гемодинамики не достигали статистически значимого уровня. Необходимо отметить, что на фоне лечения КФН отмечена тенденция к улучшению диастолической функции, что проявлялось в более выраженном увеличении соотношения E/A на 7,4% (1,21±0,16 и 1,3±0,14, p>0,05).

Результаты ХМЭКГ показали, что при анализе параметров вариабельности ритма сердца (ВРС) на фоне лечения КФ было выявлено урежение ЧСС в дневное время суток на 16% (83,3±12,43 и 70,0±11,64, p<0,05), урежение ЧСС в ночное время на 12% (72,6±12,97 и 64,25±13,96), снижение уровня максимальной и минимальной ЧСС на 12% (129,9±37,38 и 115,2±42,2) и 10% (52,7±13,4 и 48±16,49) (оба p>0,05) соответственно. Показатель SDNN на фоне терапии возрос на 12% (123,2±88,78 и 138,3±100,18).

Таким образом, наблюдаемая тенденция к улучшению систолической и диастолической функций миокарда, позволяет рекомендовать применение КФН для лечения больных с ХСН ишемической и неишемической этиологии в качестве вспомогательной терапии.

0510 ПОТЕНЦИАЛЬНО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИИ ПРИ ПОСТОЯННОЙ ФОРМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Курбанов Р.Д., Закиров Н.У., Хусанов Ш.С., Кличева О.Б., Жалолов Б.З.
Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: Изучить взаимосвязь потенциально злокачественные желудочковых аритмии (ПЗЖА) со структурно функциональным состоянием миокарда у больных с постоянной формой фибрилляции предсердий (ФП).

Обследовано 30 больных, ср возраст 58,07 лет, с длительностью ФП от 1 года до 20 лет, в среднем 4,57±5,00 лет. При этом у 4 (13%) пациентов установить точную дату срыва ритма не удалось. Этиологической причиной ФП являлись ГБ и/или ИБС у 18 (60%) больных в т.ч. мужчин- 11 (61,1%); и ревматизм - у 12 (40%) больных, из них, мужчин- 8 (66%). Критерии исключения возраст менее 18 и более 75 лет, дисфункция щитовидной железы, сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации, прием специфических антиаритмических препаратов (ААП).

Методы обследования ЭхоКГ, ХМ ЭКГ и ЭКГ 12 отведениях. По результатам ХМЭКГ больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 14 (46,6%) больных имевших (ПЗЖА) - желудочковые экстрасистолии (ЖЭ) II и более градации по Lown-Wolf 1971г. Из них у 13 (93%) регистрировались ЖЭ 4а и/или 4б градации. Вторую группу составили 16 (53,4%) больных, у которых ПЗЖА отсутствовали. Средний возраст больных в 1- и 2- группах был сопоставим - 57,29 и 58,75 соответственно. Установлена, что и в 1-ой и во 2-ой группах этиологическим фактором ФП несколько чаще являлись ГБ и/или ИБС 57,2% и 62,5% соответственно ($p>0.05$). При этом продолжительность ФП оказалась несколько большей у больных с ПЗЖА чем в группе сравнения 5,86 против 4,44 лет, соответственно ($p>0,05$). При этом ПЗЖА регистрировались в 3,5 раза чаще у мужчин: у 12 (63,1%) из 19 мужчин и всего у 2 (18,2%) из 11 женщин. Сравнительный анализ основных ЭхоКГ показателей в I и II группах установил, что больные с ПЗЖА имели достоверно большие значения КДО (186,50±62,51 против и 144,70±43,68 $p<0,05$), объем ЛП (151,12±68,71 против 80,15±53,42 $p<0,005$), соотношения КДОЛЖ /КДОЛП (0,87±0,5 против 0,55±0,31 $p<0,05$), а также массу миокарда ЛЖ (298,59±101,72 против 222,25±75,83 $p<0,05$). При этом отмечалось несколько большее снижение ФВ у лиц с ПЗЖА 54,3±13,2 против 57,0±9,4, которое носило недостоверный характер.

Выводы: 1. Вероятность выявления ПЗЖА у больных с ФП достигает 47% и не зависит от этиологии ФП. 2. ПЗЖА чаще регистрировались у мужчин и при большей продолжительности ФП. 3. Для больных с ФП осложненной ПЗЖА характерна большая дилатация полостей ЛП и ЛЖ., сопровождающаяся увеличением массы миокарда.

0511 ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ Q-ВОЛНОВЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Курбанов Р.Д., Муллабаева Г.У., Аккиев Б.Т.
Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: Изучить возрастные особенности липидного профиля у больных с Q-волновым инфарктом миокарда.

Материалы и методы исследования: Нами было обследовано 110 больных мужского пола с Q-волновым инфарктом миокарда, средний возраст которых составил 62,3±7,5 лет. Всем больным на 10-12 сутки поступления проводили исследование липидного профиля. Для анализа взаимосвязи между уровнями липидов и возрастом больных, были образованы 4 подгруппы в соответствии с квартилями распределения возраста в общей группе больных. При помощи таблицы сопряженности 4x2 были установлены статистически значимые различия между подгруппами в уровнях липидов (χ^2=9,522, p=0,03). После преобразования таблицы сопряженности 4x2 в таблицу 2x2 было получено, что наибольшие достоверно значимые различия липидного профиля отмечаются в 2-х возрастных группах. Так, I группу составили больные от 37 до 49 лет (средний возраст 43,72±4,31 лет, n=51), II группу – больные от 50 до 65 лет (57,98±6,98 лет, n=59).

Результаты исследования: Уровень липидов на 10-12 сутки заболевания в обеих изучаемых группах значительно превышал показатели, рекомендуемые ВОЗ для больных, перенесших ОИМ (ОХс менее 150 мкмоль/л, ХС ЛПНП менее 100 мкмоль/л, ТГ менее 150 мкмоль/л). Практически у всех больных отмечались высокие показатели изучаемых фракций. Так, повышенное содержание ОХс отмечалось у 94% и 95% больных, ТГ у 69,6% и 55,8%, ХС ЛПНП у 82,9% и 69,8%, ХС ЛПОНП у 71,42% и 59,62% больных I и II группы, соответственно. Снижение уровня ХС ЛПВП в I группе больных отмечалось у 100%, в то время как во II группе больных его снижение наблюдалось у 65% пациентов (χ 2=17,13, p=0,02). В первой и второй группе, уровень ОХс составил 219,23±48,80 и 208,39±46,96 мкмоль/л, ТГ 225,17±112,86 и 209,17±114,23 мкмоль/л ($p<0,05$), ХСЛПВП 25,38±4,43 и 36,90±9,15 мкмоль/л ($p<0,05$), ХС ЛПНП 138,10±43,38 и 124,27±44,01 мкмоль/л ($p<0,05$), ХС ЛПОНП 39,31±20,1 и 44,81±19,85 мкмоль/л, соответственно.

Заключение: У больных с Q-волновым ИМ в относительно молодом возрасте выявляется наиболее выраженное нарушение липидного профиля. При этом имеет место достоверное более высокий уровень атерогенной дислипидемии (ДЛП). У каждого из этих пациентов отмечается выраженное снижение уровня ХС ЛПВП, в то время как у больных более старшего возраста ДЛП была менее выраженной и ДЛП гипо-α выявлялась лишь в 65% случаев.

0512 ВОЗМОЖНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С УЧЕТОМ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ МАРКЕРОВ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ

Курлянская Е.К., Денисевич Т.Л., Атрощенко Е.С.
Республиканский научно-практический центр «Кардиология» МЗ РБ, Минск, Беларусь

Изучение роли эндотелия в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) привело к пониманию, что эндотелий регулирует не только периферический кровоток, но и другие важные функции. Именно поэтому объединяющей стала концепция об эндотелии как о мишени для профилактики и лечения патологических процессов, приводящих или реализующих ССЗ.

Цель работы: определить клинически важные лабораторные критерии дисфункции эндотелия (ДЭ) у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза, выделить из них прогностически значимые для оценки эффективности фармакотерапии ХСН.

Материалы и методы: объектом исследования явились больные с ИБС, осложненной ХСН I-IV ФК тяжести. Использованы: эхокардиографическое исследование, шестиминутный тест ходьбы, УЗИ сосудов плечевой артерии с ишемической пробой. Лабораторные методы: определение в крови суммарной концентрации метаболитов оксида азота, малонового диальдегида, диеновых конъюгатов, диенкетонов, уровня С-реактивного белка, норадреналина, липидного спектра плазмы крови, исследование степени агрегации тромбоцитов, индуцируемой ристомицином, время Хагеман-зависимого фибринолиза. Определение в крови количества циркулирующих эндотелиоцитов (ЦЭ).

Результаты и их обсуждение: В результате выполненной работы установлено, что уже на ранних стадиях ХСН вслед-

ствие чрезмерной активации САС, отмечается повышение в плазме крови норадреналина, что сопровождается изменениями функции эндотелия. На этом этапе из ряда суррогатных биохимичеких маркеров ДЭ наиболее значимыми являются степень агрегации тромбоцитов, индуцированной ристомицином, и показатели метаболизма оксида азота. На поздних этапах течения ХСН наблюдается более глубокие нарушения функции эндотелия, что выражается в увеличении количества дэсквамированных эндотелиоцитов и изменении концентрации метаболитов оксида азота в крови, протекающие на фоне активного воспалительного процесса, обусловленного атеросклерозом сосудов, а также самой ХСН. Это выражалось в существенном повышении уровня С-реактивного в крови, что ассоциировалось с еще более выраженным падением вазодилататорной способности сосудов.

В результате комплексного лечения больных с ХСН проанализированы данные диагностические критерии в зависимости от эффекта двух БАБ небиволола и бисопролола. Методом выбора лечебной тактики является назначение бисопролола при увеличении количества ЦЭ в крови и высокой концентрации норадреналина, что не только улучшает выживаемость пациента вследствие снижения темпа прогрессирования ХСН, но и способствует улучшению клинического течения ее причины ИБС вследствие их благоприятного действия на функцию эндотелия. Не обладая прямым NO-индуцирующим эффектом, данный БАБ является более активным и эффективным в плане коррекции нарушения функции эндотелия при ХСН III-IV ФК тяжести. Небиволол может служить препаратом выбора для коррекции умеренно выраженной ДЭ у пациентов с ИБС, осложненной ХСН I-II ФК тяжести, что служит улучшению прогноза течения не только ИБС, но и ХСН.

0513 ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ И СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКОЙ АНГИОГРАФИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ ПРОЯВЛЯЮЩИХСЯ СИНДРОМОМ РАСШИРЕНИЯ СОСУДИСТОГО ПУЧКА СРЕДОСТЕНИЯ

Кучук С.Г., Каленич О.С.
Государственный Университет Медицины и Фармации «Н.Тестемицану», Институт Кардиологии, Кишинев, Молдова

Цель: Определение возможностей лучевых методов исследования (эхокардиографии и спиральной компьютерно-томографической ангиография в диагностике патологии которые при стандартных рентгенологических исследованиях проявляются синдромом расширения сосудистого пучка среднего затемнения.

Материалы и методы: В открытое проспективное 3-х месячное исследование были включены 32 пациента – 23 мужчин (74%) и 9 женщин (28%), средний возраст 44±0,5 лет, с синдромом расширения сосудистого пучка среднего затемнения выявленного на первичной стандартной рентгенографии. Всем пациентам на I этапе была проведена эхокардиография (трансторакально, режимы М, В и цветной Допплер), а на II этапе – спиральная компьютерно-томографическая ангиография (аортография) и нативные срезы средостения.

Результаты: На I этапе у 24 пациентов (75%) было определено аневризматическое расширение восходящей части грудной аорты (средний диаметр – 58 см), у 3 из них (12,5%) с признаками дисекции. На II этапе вышеупомянутый диагноз был подтвержден, но при этом у 2 пациентов (8%) определили и аневризматическое расширение и в нисходящей части грудной аорты. У 1 пациента (4%), у которого при эхокардиографии определили расширение восходящей части грудной аорты дополнительно определили удлинение и изгиб нисходящей части аорты (Кинг-Кинг аорта), с местным сужением ее просвета из-за выраженного посттравматического спондилеза на уровне Th6-Th7. У остальных 8 пациентов (25%) у которых при стандартном рентгенологическом исследовании тоже присутствовал синдром расширения сосудистого пучка средостения, эхокардиография не выявило признаков сосудистой патологии. При спиральной компьютерно-томографической ангиографии с нативными срезами средостения у 3 пациентов (38%) синдром расширения сосудистого пучка средостения был вызван Тимомой, у 2 пациентов (25%) – Лимфомой, у 2 пациентов (25%) – центральным раком легкого с ателектазом 3 сегмента правого легкого, у 1 пациента (12%) – нейриномой.

Выводы: Таким образом, у пациентов с наличием заболевании, проявляющиеся расширением сосудистого пучка средостения при первичной стандартной рентгенографии грудной клетки, спиральная компьютерно-томографическая ангиография с нативными срезами средостения в сравнении с эхокардиографией обладает более высокой разрешающей способностью, позволяющая определить дополнительные анатомические характеристики поражения аорты и проводить дифференциальную диагностику с высокой точностью достоверности.

0514 ПРИМЕНЕНИЕ СТАТИНОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ ЦЕРЕБРО-ВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ

Кушекбаева А.Е., Кан В.В., Серикбаева М.Т., Николаева Л.И., Шойбекова Н.Я.
Южно-Казахстанская медицинская академия, МЦ «Доктора Орынбаева», Шымкент, Казахстан

Проблема цереброваскулярной патологии и наиболее грозного ее осложнения – церебрального инсульта, сохраняет медицинскую и социальную значимость во всем мире, влияние которой на уровень здоровья и жизни населения всего мира, по данным аналитических исследований, проведенных ВОЗ, будет нарастать.

Цель исследования – оценка клинической эффективности применения статинов в комплексной консервативной терапии острых цереброваскулярных нарушений (ишемические инсульты, транзиторные ишемические атаки).

Материал и методы. В нашей работе был применен препарат симвастатин «Симгал» (фирма IVEX, США), назначался всем в дозе 20 мг 1 раз в день после ужина, 6-12 месяцев. Наблюдение за пациентами - с февраля 2005г по июнь 2006г. В исследование включены 136 больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК); 79-мужчин, 57-женщин, (средний возраст 55,3г). В анамнезе инфаркт миокарда (ИМ) установлен достоверно - у 41,2% (56 больных), артериальная гипертензия (АГ) выявлена у всех пациентов, сахарный диабет (СД) – в 11,8% (16 чел.), ожирение (О) с индексом массы тела от 29 до 33 отмечено у 67,6% пациентов (92 чел.), курение – в 52,9% (72 чел.), гиперхолестеринемия (ГХС) - в 72,8% случаев (99 чел.), ГХС и гипертриглицеридемия (ГТГ) - в 27,2% (37 чел.); ГХС - среди близких родственников в 15,4% случаях (21 чел.). Контрольная группа- 30 человек с теми же параметрами тяжести и длительностью заболевания, на «классической» консервативная терапия без статинов. Всем пациентам определяли ХС, ТГ в динамике - через 6, 12, 24 недель от начала наблюдения. Ультразвуковая допплерография (УЗДГ) сонных (СА) и позвоночных артерий (ПА), реоэнцефалография (РЭГ) проводились в начале исследования и через 3,6 месяцев.

Результаты. ХС исходный 6,67±1,43 ммол/л, через 6 недель-4,40±0,49 ммоль/л(-34%); через 12 недель- 3,87±0,6 ммоль/л (- 42%); к 24 неделе цифры сохранялись на этом же уровне. ТГ: исходный уровень 1,96±0,42 ммоль/л; через 6 недель- 1,72±0,37 ммоль/л (- 12%); через 12 недель-1,63±0,35 (-17%); к 24 неделе – ТГ=1,61±0,31ммоль/л (-18,2%). По данным УЗДГ СА: атеросклеротические бляшки выявлены у 82 человек (60,3%); улучшение кровообращения в зоне сонных артерий произошло на 27,3%, увеличение просвета СА на 1,5%.По данным УЗДГ ПА улучшение кровообращения – 19,1%, увеличение просвета артерий – 14,3%. По данным РЭГ отмечено снижение артериального гипертонуса у 97 чел. (71,3%). На фоне лечения с добавлением статина отмечено снижение случаев декомпенсации ОНМК на 67,2%, значительно быстрое улучшение состояния как субъективно, так и объективно; клиническое течение с более быстрой стабилизацией гемодинамики и более ранней реабилитацией пациентов в сравнении с группой контроля. В те-

чение 6 месяцев наблюдения продолжался прием статинов в прежней дозе, корригировалась лишь терапия физической реабилитации.

Выводы. Прием статинов приводит к достоверной нормализации показателей липидного обмена, более быстрому регрессу клинических проявлений ОНМК, быстрой стабилизацией гемодинамики и возможностью проведения более ранней реабилитации с восстановлением трудоспособности. Переносимость препарата 95% случаев была удовлетворительной.

0515 РАННИЕ МАРКЕРЫ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО–СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кушнаренко Н.Н., Говорин А.В., Виноградова О.А., Шангина А.М.
ГОУ ВПО ЧГМА, Чита, Россия

Цель: выявление ранних маркеров развития сердечно-сосудистых нарушений у больных метаболическим синдромом.

Методы исследования: обследовано 43 мужчины с метаболическим синдромом (МС), средний возраст которых составил 32,3±2,1 года. Среднее значение индекса массы тела - 31±3,6кг/м^2. Диагноз метаболического синдрома выставлен в соответствии с международными рекомендациями. Группа контроля состояла из 24 здоровых мужчин. Всем пациентам проводилось эхокардиографическое исследование по методике Американской ассоциации эхокардиографии на аппарате Logic 400, ультразвуковая доплерография (УЗДГ) плечевой артерии

с целью определения толщины комплекса интима – медиа (КИМ), сосудо-двигательной функции эндотелия. В качестве лабораторных маркеров эндотелиальной дисфункции определяли количество десквамированных эндотелиоцитов по методике Hladovic, концентрацию нитрит-нитратов по методу Голикова П.П.(2000г.). Всем больным определяли уровень мочевой кислоты сыворотки крови и показатели липидного обмена. Состояние системы «ПОЛ-антиоксиданты» определяли по концентрации ТБК-активных продуктов сыворотки крови, скорости каталазной реакции в эритроцитах, общей антиоксидантной активности (АОА) сыворотки крови.

Результаты: гиперурикемия у больных метаболическим синдромом составила 0,495±0,16 ммоль/литр, что достоверно выше данного показателя в группе контроля – 0,334±0,091 ммоль/литр (p<0,01). Изучения состояния процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты у больных с метаболическим синдромом выявило достоверное повышение уровня ТБК – активных продуктов сыворотки крови на 15,7%, наряду с достоверным снижением активности каталазы эритроцитов на 21,4% (p<0,05) и увеличением соотношения каталазы эритроцитов к ТБК сыворотки крови на 11,7% по сравнению с контрольной группой (p<0,05). Концентрация оксида азота (NO) в крови больных с МС составила 25,12±4,89мкмоль/л, что достоверно ниже концентрации NO в группе контроля (33,3±1,77мкмоль/л) (p<0,05). В группе больных с метаболическим синдромом количество десквамированных эндотелиоцитов составило 3,0x104/л., группе контроля – 1,44x104/л (p<0,01). Анализ данных УЗДГ плечевой артерии показал снижение длительности действия нитроглицерина, а так же увеличение толщины комплекса интима-медиа больных, по сравнению с группой здоровых мужчин, что составило 0,52 и 0,37 соответственно (p < 0,01). По данным эхокардиографического исследования выявлено у 45% наличие гипертрофии левого желудочка в сочетании с диастолической дисфункцией.

Вывод: у мужчин с метаболическим синдромом выявлены нарушения в системе «ПОЛ-антиоксиданты», сосудодвигательной функции эндотелия, увеличение КИМ, липидного и пуринового обменов, снижение секреции оксида азота, гипертрофия левого желудочка с диастолической дисфункцией, что может быть расценено в качестве ранних маркеров атеросклероза у данной категории пациентов.

0516 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Лаврик Е.А., Чесникова А.И., Мельникова Е.Г.
ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет», Ростов-на-Дону, Россия

Цель: изучение гендерных у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), перенесших инфаркт миокарда.

Материал и методы: Отобрано 450 амбулаторных карт пациентов с ХСН, перенесших инфаркт миокарда. Для получения более полной информации об особенностях течения заболевания, факторах риска, сопутствующей патологии проведен ретроспективный анализ историй болезни стационарного периода лечения этих больных.

Результаты исследования: Анализ амбулаторных карт и историй болезни показал, что 304 (67%) пациентов составили мужчины, 146 (33%) - женщины (p<0,0005). Средний возраст мужчин составил 62,6±0,6 лет, женщины были достоверно старше - 65,3±0,7 лет (p<0,0042). Большинство пациентов перенесли инфаркт миокарда (ИМ) в возрасте 51-70 лет (66,8% мужчин,71,3% женщин). В возрастной группе моложе 50 лет ИМ достоверно чаще встречался у мужчин. У всех женщин, перенесших инфаркт миокарда в возрасте до 50 лет, была перименопауза. При анализе антропометрических показателей мужчины имели достоверно большие показатели роста и веса. Вместе с тем, индекс массы тела (ИМТ) был несколько выше у женщин-29,9 кг/м^2 против 27,8 кг/м^2 у мужчин, хотя разница была недостоверна. При анализе факторов риска у мужчин и женщин выявлены существенные различия. Так, артериальная гипертензия (АГ) встречалась у 75% мужчин и 92% женщин. Женщины дольше страдали АГ : средняя длительность АГ на момент анализа документации у мужчин составила 9,87 лет, у женщин-16,27 лет . Сахарный диабет (СД) значительно чаще выявлялся у женщин (19,2%) нежели у мужчин (4,3%). Вместе с тем такие факторы риска, как курение и употребление алкоголя чаще встречались у мужчин. Следует отметить, что у мужчин часто регистрировался инфаркт миокарда (ИМ) с зубцом Q (59,5% обследованных), у женщин ИМ с зубцом Q встречался в 38,4% случаев. Особого внимания заслуживает оценка выраженности сердечной недостаточности у анализируемой группы больных. Анализ показал, что пациенты, перенесшие инфаркт миокарда, в основном имели недостаточность II А стадии (77,6% мужчин,90,4% женщин). Вместе с тем I стадия ХСН была выявлена у 19,4% мужчин и всего у 6,2% женщин, IIБ стадия встречалась в 2,6% случаев у мужчин и 3,4 %- у женщин. Существенные отличия выявлены и при анализе ФК ХСН: IIФК достоверно чаще встречался у мужчин (в 75% случаев против 41% у женщин) , тогда как III ФК был выявлен у 57,5% женщин и всего у 24% мужчин.

Выводы: Согласно данным амбулаторных карт 2/3 пациентов с хронической сердечной недостаточностью, перенесших инфаркт миокарда, составляли мужчины. Женщины в представленной группе оказались достоверно старше, имели больший ИМТ, чаще и дольше страдали артериальной гипертензией и сахарным диабетом. Несмотря на высокую частоту развития у мужчин инфаркта миокарда с зубцом Q, выраженность сердечной недостаточности у них была меньше, чем у женщин. Более выраженная тяжесть ХСН у женщин, возможно, обусловлена более частым развитием у них АГ и СД.

0517 СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ КАРДИАЛЬНЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Лавров А.Г., Ворожцова И.Н., Буховец И.Л., Попонина Т.М.
ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, Томск, Россия; ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования: выявить предикторы и построить математическую модель для оценки риска развития неблагоприятных кардиальных событий у больных острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСБПST).

Материалы и методы. В проспективное, открытое исследование включены 266 больных с нестабильной стенокардией IIIB класса и ИМ без зубца Q. Средний возраст больных составил 63,1±10,7 года. В исследование включались мужчины старше 40 лет, женщины в менопаузе не менее года, со стенокардией покоя, сохранявшейся не менее 15 мин и появившейся в течение предшествующих 48 часов до исследования или с персистирующей болью в грудной клетке с подозрением на инфаркт миокарда и по крайней мере одним ЭКГ-критерием: транзиторной или персистирующей патологической депрессией сегмента ST на 0,1 мВ или более; инверсией зубца Т на 0,1 мВ или более по меньшей мере в двух соседних отведениях без патологического зубца Q в ишемических отведениях. У всех больных были факторы острого риска тромбоза коронарных артерий: рецидивы стенокардии, депрессия сегмента ST или динамические изменения сегмента ST на ЭКГ, повышенный уровень тропонина I (более 0,4 нг/мл). Характеристики больных были сопоставимы по всем клиническим, анамнестическим и демографическим показа-телям. ИМ в анамнезе имели 58% больных.

Результаты. Для выявления предикторов развития неблагоприятных коронарных событий было использовано 190 показателей, включающих анамнез и клинико-функциональное состояние больных. Для проведения математической обработки фактического материала использовался метод логистической регрессии с пошаговым включением предикторов, который ранжирует признаки в соответствии с их вкладом в модель. Было выделено две группы: 1) с развившимся неблагоприятным кардиальных событием (группа А, n=48); 2) с неразвившимся кардиальным событием (группа Б, n=133). В результате математической обработки была построена регрессионная функция. В нее вошло 4 показателя: наличие стеноза коронарной артерии более 50% на ангиограмме, наличие нарушений ритма сердца, наличие депрессии сегмента ST в совокупности с отрицательным зубцом Т, уровень тропонина Т при поступлении. Клиническое испытание модели проводилось на независимой группе больных (n=85). В результате чувствительность составила Se=92,5%, специфичность Sp=83,3% при диагностической точности DE=90,6%. Для сравнения всем больным (n=266) была определена сумма баллов по системе оценки риска TIMI. Рассчитанные операционные характеристики бальной системы оценки риска TIMI: чувствительность составила Se=90,0%, специфичность Sp=39,4%, при диагностической точности DE=58,6%.

Заключение. Предлагаемый способ апробирован в отделении неотложной кардиологии ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН. Достоверность данного способа установлена клиническим путем. Мы предлагаем для оценки риска развития неблагоприятных коронарных событий у больных с ОКСБПST, наряду с бальной системой оценки риска TIMI, использовать разработанный нами способ, который имеет более высокую прогностическую точность.

0518 ЭНДОТОКСИН И СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Лазебник Л.Б., Конев Ю.В., Ли. Е.Д., Кузнецов О.О., Трубникова И.А.
Кафедра геронтологии и гериатрии МГМСУ, Москва, Россия

Более века назад И.И.Мечниковым была впервые высказана гипотеза о связи между артериосклерозом и кишечной бактериальной флорой. За последнее годы было проведено несколько исследований с использованием антибиотиков для предупреждения коронарной болезни и ее осложнений. Однако, результаты этих исследований охладили ученых и переместили интерес с бактерий к эндотоксину, как важному фактору развития артериосклероза. Более 10 лет назад мы описали, что у больных с наиболее высокими уровнями эндотоксина обнаружен повышенный риск развития артериосклероза сонных артерий. Сравнительно недавно было обнаружено, что полиморфизм Толовских рецепторов 4 (Toll receptor 4), которые являются рецепторами для эндотоксина грамнегативных бактерий связан с более низкой частотой коронарной болезни. Этот полиморфизм является причиной функциональной недостаточности рецептора эндотоксина, что в известной степени защищает от развития коронарной болезни.

Сужение чревных сосудов при кардиопульмональных операциях может вызвать ишемию слизистой кишечника, которая может вести к изменениям кишечной проницаемости и к избыточному поступлению эндотоксина в системный кровоток.

SequIer и соавт. исследовали возможную роль эндотоксина в патогенезе сердечной дисфункции у детей с выраженной врожденной сердечной недостаточностью до и после кардипульмональных хирургических вмешательств. Было обнаружено, что более высокие показатели эндотоксина связаны с более плохими результатами выживания после корригирующих хирургических вмешательств.

Мы в своих работах, в середине 90-ых годов отметили повышение уровней эндотоксина у больных с прогрессирующей сердечной недостаточностью, которое коррелировало с клиническими проявлениями и повышением воспалительных цитокинов в сыворотке крови. Кроме того, мы отметили в плазме повышение уровня антител к эндотоксину (липополисахариду А (АТ-ЛСП) которые тем больше повышаются, чем выше степень выраженности сердечной недостаточности, достигая максимальных значений у больных с ХСН IV класса (NYMA class IV).

Чрезвычайно интересным фактом, является обнаруженный нами феномен ослабленности гранулоцитраного звена антиэндотоксиновой защиты. Довольно неожиданным для нас явилось, при исследовании в мазках крови с помощью ЛПС-теста, практически полное отсутствие не только резервов связывания эндотоксина гранулоцитами, но и так же полное отсутствие ЛПС-позитивных лейкоцитов в крови. Связывание эндотоксина гранулоцитами является очень важным звеном антиэндотоксиновой защиты и ЛПС-элиминирующей функции. Кроме того, акцепция эндотоксина гранулоцитами обусловливает активацию антимикробного потенциала этих клеток и является важным звеном общей антибактериальной резитстентности организма в целом. Снижение нативных ЛПС-позитивных полиморфоядерных лейкоцитов в системном кровотоке лиц старших возрастных групп, по-видимому, является следствием определенной возрастной неполноценности этой популяции клеток, которые как известно, выполняют функции пограничников, - функции первого антибактериального барьера. Мы допускаем, что именно этим обстоятельством объясняется подверженность организма лиц старших возрастных групп к прогрессирующему течению сердечной недостаточности.

0519 К ВОПРОСУ О НОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЯХ В КАРДИОЛОГИИ: КОМПЬЮТЕРНЫЕ МЕТОДЫ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СОЧЕТАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВКЛЮЧАЮЩИХ ПАТОЛОГИЮ СЕРДЦА И ПОЧЕК, У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ

Лаптева Г.Ф., Казьмина В.Ю., Носова Н.С., Степанова Т.И., Колмыкова Г.А.
ГОУ ВПО Новосибирский ГМУ Росздрава; ГОУ ВПО НГУЭУ (НИНХ), Новосибирск, Россия

Известно, что при наличии сочетанных заболеваний болезни сердца и почек являются одними из наиболее прогностически важных составляющих полиморбидного фона у пациентов, но при использовании традиционных подходов на фоне манифестно - протекающих каких-либо заболеваний они нередко «пропускаются».

Целью исследования было изучение ошибок распознавания хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы и

почек на полиморбидном фоне и подходов к их коррекции. Решались задачи разработки методики изучения соматического фона в амбулаторной практике, частоты встречаемости заболеваний сердца и почек в сочетании с заболеваниями других систем, их структуры, информативности симптомов и их сочетаний.

Материалами исследования служили данные обследования 800 больных с различной сочетанной патологией, проходивших обследование в специализированных отделениях многопрофильной больницы и наблюдавшихся амбулаторно. Информативность симптомов и отбор сочетаний для построения диагностических алгоритмов проводили с использованием математических программ, разработанных в Институте математики СО РАН; формирование информационного массива для амбулаторных больных осуществляли с помощью специально разработанной программы; функциональное состояние почек оценивали по циркадианным ритмам выделительной и концентрационной функции почек и обобщенным показателям; статистическую обработку и факторный анализ проводили с использованием пакета«SPSS».

Результаты. Установлено, что при сочетанной патологии сердечно-сосудистые и нефрологические заболевания «пропускаются» в 70% случаев и более; в пожилом возрасте на фоне обострения хронической гастроэнтерологической патологии кардиологические заболевания обнаруживаются в 89,5% у мужчин, в 78,5% у женщин (чаще ИБС); патология мочевыделительной системы – в 89,5% у мужчин, в 71,4% у женщин (чаще хронический пиелонефрит); одновременно гастроэнтерологические, кардиологические, нефрологические заболевания обнаруживаются в 31,9% случаев; высоко информативными являются показатели изменений концентрационной и выделительной функций почек.

Выводы. На полиморбидном фоне высока частота пропусков распознавания болезней сердечно-сосудистой системы и почек; применение компьютерных методов (по специальным программам, использующим информационный массив, включающий наиболее информативные симптомы и их сочетания) способствует своевременному распознаванию патологии сердца и почек у пациентов; выявление ухудшений показателей функционального состояния почек в динамике под влиянием различных неблагоприятных (в том числе медикаментозных) воздействий - важно для своевременной коррекции, профилактики прогрессирования патологии и предупреждения ухудшения общего состояния.

0520 ФАКТОРЫ ПРИВОДЯЩИЕ К УДЛИНЕНИЮ ИНТЕРВАЛА QT У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИП 1

ЛаптевД.Н.[1], Рябыкина Г.В.[2], Сеид-ГусейновА.А.[3]
Эндокринологический научный центр[1], Москва, Россия; Российский кардиологический научно-производственный комплекс Росздрава[2], Москва, Россия; Российский Государственный Медицинский Университет[3], Москва, Россия

Цель: У больных сахарным диабетом 1 типа (СД1) удлинение интервала QT встречается чаще по сравнению с общей популяцией. Удлинение интервала QT связанно с риском развития желудочковых тахиаритмий и внезапной сердечной смерти. Известно, что к удлинению интервала QT у больных СД1 могут приводить различные причины. Основной задачей нашего исследования являлось изучение факторов, с которыми может быть связанно с удлинение интервала QT у детей и подростков больных СД1, таких как уровень гликемии, длительность болезни, уровень гликированного гемоглобина, возраст, доза инсулина и циркадный ритм.

Методы: У 43 пациентов больных СД1 в возрасте от 7-17 лет (12,8±2,7) было проведено параллельное мониторирование ЭКГ и гликемии. Для контроля была взята группа из 37 здоровых детей и подростков в возрасте 7-16 лет (11,0±3,4). Мониторирование ЭКГ было выполнено в трех отведения в течение 1-3 дней, программное обеспечение включало в себя модуль автоматического измерения и анализа интервала QT. Коррекция QT на сердечный ритм осуществлялась по формуле Базета.

Результаты: Была установлена циркадная динамика интервала QTc. Средние значения QTc за день (10:00-22:00) были достоверно меньше значений за ночь (1:00-6:00). Так у больных СД1 днем QTc был равен 428 мс против 438 мс ночью ($p<0,001$). А у здоровых детей и подростков составил днем 422 мс против 430 мс ночью ($p<0,001$). Также была выявлена умеренная корреляция между суточной дозой инсулина и длительностью QTc (коэффициент корреляции 0,35, $p=0,02$). При гликемии ниже 3 ммоль/л и свыше 19 ммоль/л было отмечено достоверное удлинение QTc, по сравнению с другими значениями глюкозы в крови (437 мс и 447 мс против 430 мс, $p<0,001$). Также при этих значениях гликемии достоверно увеличивалась частота удлинения интервала QTc (46% и 62% против 33%, $p<0,001$). У здоровых детей и подростков средняя длительность и частота удлинения интервала QTc были достоверно меньше, чем у больных СД1, независимо от уровня гликемии больных СД1 ($p<0,001$).

Выводы: Несколько факторов могут влиять на длительность QTc. 1) Ночью происходит физиологическое удлинение интервала QTc. 2) Гипо- и гипергликемии, приводят к удлинению интервала QTc. 3) С увеличением суточной дозы инсулина увеличивается длительность QTc.

0521 ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ И ЕСТЕСТВЕННОЙ МЕНОПАУЗОЙ

Ларёва Н.В., Говорин А.В., Лузина Е.В.
ГОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия», Чита, Россия

В настоящее время анализ вариабельности ритма сердца (ВРС) является наиболее информативным неинвазивным методом, позволяющим количественно оценить уровень регулирующих вегетативных влияний на сердечную деятельность.

Целью нашего исследования явилась оценка показателей ВРС у женщин с хирургической и естественной менопаузой.

Материал и методы. В исследование включены 203 женщины, находившиеся в состоянии естественной или хирургической постменопаузы и имевших клинические и лабораторные (уровень ФСГ в крови более 30 МЕ/л при снижении уровня эстрадиола) признаки эстрогенового дефицита. Всем пациенткам проводилось исследование спектральных показателей ВРС на 5-минутных записях ЭКГ, полученных при помощи аппарата «Кардиотехника 4000». Статистическая обработка проводилась с использованием непараметрических статистических методов. Среди обследованных больных 61 пациентка находилась в состоянии естественной менопаузы (1 группа), а 142 женщины перенесли различные оперативные вмешательства на органах репродуктивной системы (2 группа – хирургическая менопауза).

Результаты. У включенных в исследование пациенток отмечалось снижение мощности спектра ВРС во всех частотных диапазонах. У пациенток с хирургической менопаузой снижение общей мощности спектра было достоверно более выраженным не только по сравнению с контрольной группой (в 1,95 раза, $P<0,01$), но и по сравнению с пациентками в состоянии естественной менопаузы (в 1,3 раза, $P<0,01$). В максимальной степени было выражено снижение мощности спектра в диапазоне HF: в 1 группе в 2,9 раза по сравнению с контролем ($P<0,01$), а во второй группе в 5,9 раз по сравнению со здоровыми женщинами и в 2 раза по сравнению с пациентками в состоянии естественной менопаузы ($P<0,01$). Это свидетельствует о выраженном угнетении вагусных влияний у всех пациенток в постменопаузе, особенно у перенесших оперативные вмешательства на органах репродуктивной системы. У женщин в постменопаузе показатель LF/HF был увеличен по сравнению с контрольной группой в 1,8 раза в группе 1 ($P<0,01$) и в 2,8 раз в группе 2 ($P<0,01$). Особого внимания заслуживает повышение удельного вклада VLF-компонента в структуру спектра у пациенток с естественной и хирургической менопаузой на 56% и 52%, соответственно, при отсутствии достоверных межгрупповых различий. Этот факт свидетельствует об увеличении церебральных эрготропных модуляций сердечного ритма и является отражением перехода вегетативной регуляции (по механизму обратной связи) на более низкий гуморально-метаболический уровень, который в меньшей степени способен обеспечивать адекватный гомеостазис.

Выводы: Таким образом, у всех обследованных пациенток, особенно перенесших оперативные вмешательства на органах репродуктивной системы, снижение спектральных показателей ВРС происходило преимущественно за счет уменьшения периферических вагусных влияний и сопровождалось увеличением относительного вклада центральных нейрогуморальных влияний при одновременном смещении вегетативного баланса в сторону преобладания активности симпатического отдела ВНС.

0522 ТРОМБОТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО РИСКА

Ларина Ю.В., Некрутенко Л.А., Агафонов А.В.
ГОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава», Пермь, Россия

Цель: оценить частоту возникновения тромбозов глубоких вен нижних конечностей (ТГВ) в условиях дисфункции гемостаза у больных ХСН II-III функциональных классов (ФК) постинфарктного генеза в процессе программной терапии.

Материалы и методы: объем наблюдения составил 50 больных в возрасте 60,58±8,16 лет, в том числе 35 мужчин (66,7%) со стабильным течением постинфарктной ХСН без признаков перманентных нарушений ритма сердца по типу фибрилляции и трепетания предсердий, а также онкопатологии. Количество инфарктов миокарда у обследованных в анамнезе – 1,74±0,82. Давность ХСН – 5,17±4,83 лет. При этом ХСН II ФК выявлялась у 19 человек (38%), а ХСН III ФК - у 31 (62%). Исходно варикозную болезнь нижних конечностей имели 4 пациента. Актуальные показатели оценивались в динамике до и после 4-месячной стандартной терапии ХСН. Доза ацетилсалициловой кислоты у всех больных была равной 125 мг в сутки. Показатели системы гемостаза оценивались с помощью коагулометра ACL-7000 и функциональными методами ("Стандарт-Технология", Барнаул). Наличие ТГВ верифицировалось УЗДГ на аппарате "PhIlIps EnvIsor HDC". В группу сравнения вошли 50 практически здоровых человек (25 мужчин), средний возраст которых - 32,2±1,7 года.

Результаты: клинические данные выявили признаки дисфункции всех звеньев системы гемостаза со значимым различием актуальных показателей от таковых у практически здоровых (p=0,000), кроме АПТВ (p=0,07). Корреляционный анализ показал наличие достоверных протромбогенных, отражающих высокий уровень тромбофилии, взаимоотношений: между фибриногеном и растворимыми комплексами фибрин-мономера R=0,49, p=0,0002; фибриногеном и временем Хагеман-зависимого фибринолиза R=0,39, p=0,005. Несмотря на «лабораторную» тромбофилию, на начальном этапе наблюдения ни одного случая ТГВ, включая субклинические, не выявлено. В динамике констатирован единичный случай бессимптомного тромбоза вен голени.

Выводы: программа противотромботической терапии, направленной на профилактику возникновения ТГВ у данных больных, требует дальнейшего обсуждения.

0523 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АПРОВЕЛЯ (ИРБЕСАРТАН) ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Латфуллин И.А.., Ахмерова Р.И., Подольская А.А., Ким З.Ф., Гайфуллина Р.Ф.
Казанский государственный медицинский университет, кафедра внутренних болезней №2, Казань, Татарстан

Результаты эпидемиологических исследований по артериальной гипертонии (АГ) и связанным с ней рискам для здоровья пациентов неоспоримы: АГ удваивает риск развития инфаркта миокарда и в четыре раза увеличивает риск развития инсульта. Связь показателей высокого артериального давления (АД) и частоты сердечно-сосудистых осложнений характеризуется линейным соотношением в широком диапазоне показателей АД, включая уровни, которые принято считать «нормальными». Кроме того, не у всех пациентов до сих пор удается достичь адекватного контроля АД.

Цель исследования: изучение применения ирбесартана (апровель, SanofI-synthelabo) в дозе 150 мг и 300 мг для лечения пациентов артериальной гипертонии II стадии, II и III степени.

Методы исследования: Изучалась эффективность ирбесартана в дозе 150 мг и 300 мг у 26 пациентов (11 мужчин и 15 женщин) в возрасте 45±2,06 в течение 6 месяцев лечения. Препарат в дозе 150 мг в сутки получали 14 пациентов, 300мг – 12 пациентов. Диагноз АГ верифицирован в соответствии с общепринятыми требованиями ВНОК (2004). Всем пациентам проводилось комплексное клинико-инструментальное исследование (ЭКГ, эхокардиография, лабораторные и биохимические тесты). Мониторинг АД проводился согласно требованиям стандартов по АГ.

Результаты исследования: среднее исходное АД всех пациентов составило 168/95 мм рт.ст. У пациентов со II стадией АГ, получавших апровель в дозе 150 мг в сутки регулярно в течение месяца, удалось снизить систолическое АД (САД) в среднем на 8,2%, диастолическое АД (ДАД) на 7,6%. У больных со II стадией АГ, получавших 300 мг в сутки САД снизилось на 11%, ДАД на 9,7%. У больных АГ II стадии III степени течения монотерапия ирбесартаном в дозе 300 мг в сутки оказалась недостаточной и целевые уровни АД были достигнуты дополнительным назначением диуретика или антагониста кальция.

Выводы: у больных АГ II стадии, II степени апровель в виде монотерапии целесообразно назначать в дозе 300 мг в сутки. Этой дозировкой достигается наиболее эффективное снижение АД. При АГ II стадии III степени рекомендуется комбинированная терапия (апровель+диуретик, апровель+антагонисты кальция). Следует отметить, что мы не наблюдали такого побочного эффекта как кашель.

0524 ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПЕРИНДОПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Латфуллин И.А., Ким З.Ф., Ахмерова Р.И., Подольская А.А., Ишмурзин Г.П., Гайфуллина Р.Ф.
ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», Казань, Татарстан

Цель работы: Изучить гипотензивную эффективность периндоприла (престариум, Сервье) у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Методы: Обследовано 50 больных ГБ: 23 женщины (46%) 48-84 лет (средний возраст 64,13 лет) и 27 мужчин (54%) 36-79 лет (средний возраст 53,22 года), получавших периндоприл в суточной дозе 8 мг (утром) в течение 12 дней. Диагноз ГБ верифицирован согласно критериям ВНОК (2004г). Всем пациентам проводился ежедневный суточный мониторинг АД (СМАД) и оценивалось самочувствие по 10-балльной шкале.

Результаты: При поступлении в стационар мягкая артериальная гипертония была выявлена у 8 больных (16%), умеренная - у 35 (70%) и тяжелая - у 7 (14%). Через 12 дней применения периндоприла целевые цифры АД (<140/90мм.рт.ст.) были достигнуты у 39 человек (78%), тогда как у 11 (22%) АД по-прежнему превышало рекомендуемые значения. В их числе 4 больных с III степенью повышения АД, 7 – со II степенью и ни одного – с I. Этим пациентам необходимо было подключение дополнительного гипотензивного препарата – индапамида 2,5 мг/сут. Во всех случаях комбинированной терапии она оказалась эффективной. Если до начала применения периндоприла 4% пациентов оценивали качество своей жизни на 1-3 балла, 32% - 4-5 баллов, 46% - 6-7 баллов и 18% - 8-10 баллов, то к 12 дню терапии подавляющее большинство (88%) пациентов оценили этот показатель на 8-10 баллов, 8% - 6-7 баллов и 4% - 4-5 балла. Низкое качество жизни (1-3 балла) не было выявлено ни у одного пациента. Из побочных эффектов применения периндоприла 9 человек (18%) указали на головную боль, 8 (16%) – на головокружение, 9 (18%) – на общую слабость; на кашель не жаловался ни один пациент. Следует отметить, что все указанные жалобы исходили от больных старше 70 лет и могли быть проявлением системного атеросклероза и/или дисциркуляторной энцефалопатии. По итогам исследования все пациенты

выразили готовность продолжить применение периндоприла в моно- или в комбинированной терапии ГБ.

Достаточно выраженная антигипертензивная активность периндоприла, полученная в условиях стационара и высокой приверженности пациентов к лечению, позволяет рекомендовать препарат для применения в виде монотерапии у пациентов с умеренной гипертонией. Возможность потенцирования антигипертензивных свойств при сочетании с диуретиками (индапамид), а также отсутствие существенных побочных эффектов делает данную комбинацию средством первого ряда для лечения больных с умеренной и тяжелой артериальной гипертонией.

0525 ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА РАННИХ СТАДИЯХ

Лахин Д.И., Бурлова Е.С., Провоторов В.М.
ГОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н. Бурденко Росздрава», Воронеж, Россия

Цель работы. В исследовании планировалось на основе системного подхода повысить эффективность лечебно-диагностических мероприятий у больных ХСН пожилого возраста.

Материал и методы. В исследование было включено 155 больных ХСН I стадии, в том числе 79 мужчин и 76 женщин (средний возраст – 66,28±0,29 лет). Основной причиной ХСН была ишемическая болезнь сердца (ИБС) и артериальная гипертензия (АГ). Пациенты были распределены методом случайных чисел на 2 группы. Пациенты первой группы (средний возраст 66,38±0,49 лет), получали наряду с традиционной терапией ИБС и АГ, спиронолактон (альдактон) по 50 мг 1 раз в сутки и магния оротат (магнерот) по 500 мг 3 раза в сутки. Больные второй группы (средний возраст 66,44±0,54 лет), получали только традиционную терапию ИБС и АГ. Больных наблюдали в течение 1 года, клинико-инструментальное и лабораторное проводили на этапе включения в исследование, через 6 и 12 мес. терапии.

При оценке тяжести ХСН по NYHA (классификация Нью-Йоркской Ассоциации Сердца) I ФК выявлен у 17 больных (21,79%), II ФК – у 71 (78,21%) первой группы и 8 (10,39%) и 69 (89,61%) пациентов второй группы соответственно. Всем больным при включении в исследование, через 6 и 12 месяцев проводилось комплексное клинико-инструментальное и лабораторное обследование с анализом жалоб, данных анамнеза и объективных методов исследования. Определяли эндотелин-1, мозговой (МНП) и предсердный натрийуретический пептид (ПНП), альдостерон иммуноферментным методами. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ STATGRAPHICS 5.1 Plus for WIndows.

Результаты. Анализ клинического течения ХСН через 1 год терапии позволил выявить следующие закономерности. У больных первой группы через 6 и 12 мес. терапии магнеротом и альдактоном отмечалось достоверное увеличение доли пациентов с I ФК ХСН, в то время как во второй группе статистически значимо увеличилась доля больных со II ФК ХСН, что свидетельствовало об ухудшении клинического течения заболевания. Оценка эхокардиографических параметров показала достоверное снижение фракции выброса (ФВ) левого желудочка у лиц с 53,13±0,32 до 50,77±0,22 мл, входивших во вторую группу, у пациентов первой группы отмечалось статистически значимое повышение этого показателя. В первой группе через 12 мес. терапии спиронолактоном и магния оротатом уровень альдостерона снизился в 3,24 раза, МНП – в 5,86 раза, ПНП – в 3,49 раза, эндотелина – в 5,96 раза. У лиц второй группы отмечалось достоверное повышение уровня эндотелина, ПНП, уровень альдостерона и МНП не изменился.

Выводы. 1. Комплексная терапия ХСН у лиц пожилого возраста с включением альдактона и магнерота позволяет снизить функциональный класс ХСН, повысить фракцию выброса левого желудочка, что связано с уменьшением выраженности нейрогуморальной активации. 2. У больных ХСН пожилого возраста на ранних стадиях может быть рекомендовано включение в стандартную терапию заболевания спиронолактона в дозе 50 мг/сутки и магния оротата в дозе 500 мг 3 раза в сутки.

0526 АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В УСЛОВИЯХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Лебедева Л.В., Довгалюк Ю.В, Березин М.В., Мишина И.Е., Мазанко О.Е.
ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, Иваново, Россия; МУЗ ГКБ №3, Иваново, Россия

Цель: в рамках Российского регистра острых коронарных синдромов (РЕКОРД) оценить результаты лечения больных с острым коронарным синдромом (ОКС).

Методы: в регистр включены 50 последовательно госпитализированных больных с подозрением на ОКС с подъемом и без подъема сегмента ST в кардиологическое отделении МУЗ ГКБ №3 г.Иванова. Наблюдение за больными проводилось все время пребывания больного в стационаре. Заполнялись специально разработанные регистрационные карты.

Результаты: Средний возраст больных составил 68,3 лет: мужчин 44%, женщин – 56%. Инфаркт миокарда в анамнезе имели 42% обследованных, 68% до поступления в стационар страдали стенокардией. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) выявлена почти у 1/3 больных, 14% ранее перенесли инсульт. По данным коронарографии стенозы коронарных артерий >50% выявлены у 8% госпитализированных, чрескожные вмешательства ранее выполнены у 10%, коронарное шунтирование – у 1 больного. Подавляющее большинство пациентов страдали артериальной гипертонией (84%), сопутствующий сахарный диабет имели 22% госпитализированных. 60% больных были доставлены в стационар в срок до 6 часов от развития симптомов, остальные 40% - госпитализированы в первые сутки заболевания. Основным симптомом при поступлении был болевой (88%), лишь у 8% - заболевание началось с одышки. Недостаточность кровообращения по KIIIp 1 диагностирована у 68%, KIIIp 2 – у 22% больных. На ЭКГ основным ритмом был синусовый – 84% обследованных, у 10% госпитализированных выявлялась мерцательная аритмия. Элевация сегмента ST наблюдалась более чем у 1/3 обследованных. Депрессия ST и инверсия T отмечена у 24% и 22% соответственно. Преобладала передняя локализация указанных изменений (62%). Повышение тропонина T выявлено у 22% госпитализированных. После дообследования и наблюдения ИМ с Q установлен у 34%, без Q – у 38%, стенокардии – у 28% обследованных. Догоспитально лечение аспирином начато у 70% больных, из них у 92% - в первые 6 часов от начала появления симптомов. В стационаре получали аспирин 92% наблюдаемых, 2 больным дополнительно назначен клопидогрель. Тромболитическая терапия пуролазой (ТЛТ) осуществлена у 14% пациентов, в 64% случаев ТЛТ не проведена по причине отсутствия ЭКГ-критериев. Практически все обследованные (98%) подвергнуты антикоагулянтной терапии: из них 68% лечение начато догопитально, 24% - в коронарном блоке, 6% - в общей палате. Бетаблокаторы и нитраты получали 98%, ИАПФ - 90%, антагонисты рецепторов к ангиотензину - 4% больных. У 40% госпитализированных потребовалось назначение диуретиков, у 12% - инотропных средств. Менее 1/4 обследованных получали блокаторы Са-каналов и антагонисты рецепторов к альдостерону. Кардиогенный шок развился у 10% обследованных, механические осложнения ИМ у 2 больных, а рецидив ИМ и отек легких – у 1 пациента соответственно.

Заключение: в настоящее время проводится проспективное наблюдение за больными, включенными в регистр с целью оценки в течение года после госпитализации исходов ОКС и приверженности их к лечению на амбулаторном этапе.

0527 СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Лебедева Л.С., Маянская С.Д., Воробьев И.В., Попова А.А, Лукша Е.Б
НГМУ кафедра поликлинической терапии, МУЗ ГП №20, Новосибирск, Россия

Эндотелиальная дисфункция является одним из важнейших патогенетических механизмов прогрессирования артериальной гипертонии. Следует отметить, что артериальная гипертония редко встречается в пожилом возрасте без сопутствующих заболеваний, чаще она сочетается с сахарным диабетом и ИБС. Данные заболевания синергично усиливают прогрессирование эндотелиальной дисфункции, способствуя быстрому развитию тяжелых осложнений, таких как инфаркт миокарда и инсульт.

Цель исследования: оценить функцию эндотелия сосудов у пациентов с артериальной гипертонией и ассоциированными заболеваниями (ИБС, сахарный диабет).

Методы исследования: в исследование были включены 39 человек (1-ая группа – пациенты с артериальной гипертонией-15человек, 2-ая – пациенты с артериальной гипертонией и ИБС-14, 3-я группа - пациенты с артериальной гипертонией, ИБС и сахарным диабетом -10), из них 19 мужчин и 20 женщин. Средний возраст обследованных составил 61,5 лет. Сосудодвигательную функцию оценивали ультразвуковым неинвазивным методом путем измерения d плечевой артерии в покое и во время пробы с реактивной (постокклюзионной) гиперемией(120 сек после декомпрессии). Комплекс интима/медия (ким) оценивался с помощью эхо-доплерографии брахиоцефальных артерий.

Результаты: в первой группе больных эндотелиальная дисфункция, оцениваемая с помощью пробы с реактивной гиперемией плечевых артерий, выявилась у 26,6% пациентов (d артерии исходно составил в среднем 3,1мм.,d артерии после пробы в среднем - 3,4 мм., Δ d% в среднем - 9,6). Во второй группе больных эндотелиальная дисфункция составляет 50% (d артерии исходно составил в среднем 4,3 мм.,d артерии после пробы в среднем - 4,6 мм., Δ d% в среднем - 6,95). В третьей группе больных эндотелиальная дисфункция выявилась в 100% случаев (d артерии исходно составил в среднем 2,85 мм.,d артерии после пробы в среднем -3 мм., Δ d% в среднем - 4,2). Таким образом, наименьший прост d артерии определяется у пациентов с артериальной гипертонией, ИБС и сахарным диабетом.

Нарушение соотношения интимы/медии сонных артерий в первой группе определялось в 60% (толщина ким в среднем 1,3 мм). Во второй группе нарушение соотношения интимы/медии выявилось в 50% (толщина ким в среднем 1,05) Нарушение соотношения интимы/медии сонных артерий в третьей группе составило 100% (толщина ким составила в среднем 1,4мм). Таким образом, наибольшая толщина ким определяется у пациентов с артериальной гипертонией, ИБС и сахарным диабетом.

Выводы: Полученные данные свидетельствуют о выраженном прогрессировании дисфункции эндотелия сосудов у лиц пожилого возраста с сочетанной патологией (артериальная гипертония, ИБС, сахарный диабет), что в свою очередь является фактором риска развития сердечнососудистой патологии. Выявление маркеров эндотелиальной дисфункции, особенно у лиц с микст-патологией, позволяет осуществить своевременную профилактику их осложнений, улучшая тем самым качество и продолжительность жизни пациентов.

0528 НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ТИПОМ ОЖИРЕНИЯ

Лебедькова С.Е., Вивтаненко Т.В., Лапачева И.Б., Суменко В.В.
Государственная медицинская академия, кафедра педиатрии ФППС, Оренбург, Россия

Абдоминальное ожирение является одним из основных признаков метаболического синдрома, который ассоциируется с многократным увеличением риска сердечно–сосудистой заболеваемости (S.Haffner, С.А.Бутрова, Т.Ю.Демидова).

Цель исследования: определить частоту и характер аритмий у детей с абдоминальным типом ожирения.

Материал и методы: проведено одномоментное эпидемиологическое обследование методом случайной 10% репрезентативной выборки 2900 детей и подростков 7-17 лет, Оренбурга, с выделением группы детей с абдоминальным типом ожирения (150 детей). Контрольную группу составили 150 детей без ожирения сопоставимых по возрасту и полу. Обследование включало запись электрокардиограммы с регистрацией в 12-ти стандартных отведениях (лежа, стоя, после физической нагрузки) аппаратом SchIller cardIovIt AT-1, (Германия), суточное мониторирование ЭКГ аппаратом «EpIcardIa 3000», (Австрия).

Результаты: Нарушения ритма сердца и проводимости наблюдаются у 96,5% детей 7-11 лет и 81,25% подростков 12-16 лет с абдоминальным типом ожирения.

У детей с абдоминальным ожирением чаще регистрировались синусовая тахикардия (24,59%) и аритмия (21,31%) против 21,9% и 15,76% в контрольной группе; тахиаритмия регистрировалась в 40,98% случаев, брадиаритмия – 3,28% (19,42% в контроле). Обращает на себя внимание наличие усиление тахикардии у 80% детей после физической нагрузки при этом у 2/3 детей до резко выраженной.

Предсердный ритм выявлен в 4,92%, миграция водителя ритма в 11,48%, у детей контрольной группы – 2,42% и 2,15% соответственно. Синдром укороченного интервала pQ 3,28% в контрольной группе 3,12%.

При проведении суточного мониторирования ЭКГ в группе детей с абдоминальным типом ожирения основной ритм у всех детей синусовый, однако в дневное время регистрируются миграция водителя ритма, эпизоды предсердного ритма и даже синоатриальная блокада II степени (т.е. признаки дисфункции синусового узла). В 67% случаев выявляются эпизоды брадиаритмии, а при физической нагрузке в 100% случаев отмечается учащение частоты сердечных сокращений до выраженной тахикардии, максимальная частота у всех детей с абдоминальным ожирения 166-178 в минуту.

Выводы: проведенное исследование свидетельствует о высокой распространённости нарушений ритма сердца среди детей и подростков с абдоминальным типом ожирения. Чаще встречаются ускорение ритма сердца в форме тахикардии и тахиаритмии, как в покое, так и после физической нагрузки.

Дети с абдоминальным типом ожирения требуют исследования сердечно-сосудистой системы.

0529 ИЗМЕНЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА И ДЛИТЕЛЬНОСТИ ТЕЧЕНИЯ

Лейнова Е.В., Хохлов А.Л., Буйдина Т.А.
НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Ярославль ОАО «РЖД», эндокринологическое отделение, Ярославль, Россия; Ярославская государственная медицинская академия, кафедра клинической фармакологии, Ярославль, Россия

Цель работы. Оценить изменения сердечно-сосудистой системы (ССС), возможность их обратного развития в зависимости от тяжести, длительности течения тиреотоксикоза (Т) и возраста пациентов.

Материалы и методы. В исследование были включены 75 пациентов (13 муж, 62 жен.) в возрасте от 57 до 72 лет (средний возраст 65±2,1 года). Контрольную группу составили 25 пациентов с Т в возрасте от 45 до 53 лет (средний возраст 49±2,1г). Использованы методы клинического, лабораторного, функционального, ультразвукового исследования, суточное мониторирование АД и ЭКГ, тестирование качества жизни проводилось по опросникам Минессотскому и DASI, катамнез по сердечно-сосудистой патологии (ССП) – по данным амбулаторных карт.

Результаты. При сопоставлении показателей сердечной деятельности у пациентов разного возраста выявлено, что СТ, НЭС чаще встречается у более молодых (56%), чем у пожилых пациентов (48%); МА выявляется у 52% пожилых и у 44% молодых больных с Т. ХСН встречается в обеих возрастных группах (у мол. – 90,9%, у пож. – 92%), ХСН I ФК NYHA у молодых – 72%, у пожилых – 76%. Через 12 месяцев наблюдения ХСН сохранилась у 32% молодых пациентов, у 48% пожилых; уменьшилось количество больных с ХСН I ФК NYHA (у молодых – 28%, у пожилых – 44%). При сопоставлении показателей сердечной деятельности у пациентов пожилого возраста, имеющих разную длительность течения тиреотоксикоза, установлено, что МА чаще встречается

во II группе (длительность некомпенсированного Т>2 лет) – 63,6%, против 27,3% в I группе. ХСН встречается чаще во II группе (95,5%), чем в I группе (77,3%); преобладает ХСН II ФК NYHA (63,6% - II группа, 31,8% - I группа) и у 4,5% больных из II группы встречается ХСН III ФК NYHA. Через 12 месяцев наблюдения у 54,5% сохранилась МА. ХСН отмечена у 72,7%.

Вывод. В процессе исследования установлено, что на тяжесть сердечно-сосудистых изменений, их обратимость, прогноз влияет в большей степени длительность течения некомпенсированного тиреотоксикоза. Пожилой возраст тоже оказывает влияние на степень изменения сердечно-сосудистых параметров при тиреотоксикозе, но в меньшей степени.

0530 СОСТОЯНИЕ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИБС, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ПОЛНОЙ БЛОКАДЫ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА

Либис Р.А., Шарапов С.В.
ГОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

Высокая заболеваемость и смертность больных с хронической сердечной недостаточностью оставляют эту проблему в ряду самых актуальных проблем в кардиологии. Многие аспекты, касающиеся этиологии, патогенеза и клиники ХСН, уже хорошо изучены, однако неудовлетворительные результаты лечения больных с данной патологией заставляют искать новые пути воздействия на механизмы декомпенсации сердца. Согласно результатам многоцентровых исследований, у пациентов с ХСН вторым по частоте встречаемости нарушением электрической активности сердца являются нарушения проводящей системы сердца, в частности – полная блокада левой ножки пучка Гиса. Такие нарушения проводимости, по данным ряда авторов, расцениваются как одна из непосредственных причин развития и прогрессирования ХСН.

Блокады сердца (особенно высоких градаций) существенным образом ухудшают внутрисердечную гемодинамику, ослабляя систолическую и нарушая диастолическую функцию сердца. Появление блокады сердца можно расценить как признак ухудшения коронарного кровотока, что позволяет думать об более быстром развитии и прогрессировании ХСН, особенно у больных с ишемической болезнью сердца.

Целью настоящего исследования явилась оценка сократимости миокарда у больных с ИБС, хронической сердечной недостаточности и полной блокадой левой ножки пучка Гиса.

Обследовано 25 больных с ХСН разного функционального класса на фоне ИБС в возрасте от 40 до 70 лет с полной блокадой левой ножки пучка Гиса (9 пациентов с ХСН I ФК,10 пациентов II ФК и 6 пациентов III| ФК). Всем больным было проведено обследование: электрокардиография в 12 стандартных отведениях, эхокардиография, тест с шестиминутной ходьбой.

Результаты исследования: У всех больных параллельно с повышением функционального класса ХСН отмечается увеличение левых отделов сердца. Размеры левого предсердия составили при I ФК - 39,3±7,5мм, при II ФК 43,6±5,5мм, при III ФК – 49,3±6,1мм. Конечный диастолический размер левого желудочка составил при I ФК – 49,1±1,7мм, при II ФК 51,8±1,5мм, при III ФК – 59,6±1,1мм. Конечный систолический размер левого желудочка составил при I ФК – 30,1±1,1мм, при II ФК 35,2±1,5мм, при III ФК – 38,2±1,1мм. Увеличивается толщина межжелудочковой перегородки (при I ФК – 10,1±0,5мм, при II ФК 11±1,5мм, при III ФК – 12,3±1,1мм). Отмечается увеличение толщины задней стенки левого желудочка (при I ФК – 9,6±1,5мм, при II ФК 10,6±1,5мм, при III ФК – 12,3±1,1мм). Выявлено ухудшение систолической функции левого желудочка - уменьшилась фракция выброса левого желудочка в среднем с 67,1±2,5% при I ФК до 59,5±1,5% при II ФК и до 52,1±2,5% при III ФК. На фоне имеющейся диастолической дисфункции у больных с I ФК наблюдается её ухудшение по мере нарастания тяжести ХСН.

0531 ВЛИЯНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ У ПАЦИЕНТОК С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Липатова М.А., Порывкина О.Н., Задионченко В.С., Адашева Т.В., Багатырова К.М., Гринева З.О.
ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава, Москва, Россия

Цель: изучить влияние стандартной гипотензивной терапии ИАПФ на показатели липидного и углеводного обмена у пациенток с повышением АД 1-2 степени и метаболическими нарушениями в постменопаузе.

Методы: была обследована 21 пациентка в постменопаузе с повышением АД 1-2 степени в сочетании с метаболическими нарушениями в возрасте 53,0[48,57] лет. Пациентки получали в течение 6 месяцев ИАПФ Квадроприл (Спираприл 6 мг). До и после терапии проводилась оценка липидного профиля, гликемии и инсулинемии натощак и после нагрузки глюкозой, индекса инсулинорезистентности HOMA-IR. Описательная статистика представлена в виде медианы Me [k25, k75]. Достоверность различий на фоне терапии определялась по критерию Вилкоксона (WIlcoxon).

Результаты: При анализе липидного профиля, в первой группе значимых изменений получено не было, однако отмечалось достоверное увеличение уровня Хс ЛВП с 1,4 [1,2;1,6] ммоль\л до 1,7 [1,7;1,8] ммоль\л (p=0,005). На фоне лечения отмечалось снижение уровня гликемии натощак с 5,8 [4,8;6,2] ммоль\л до 5,3 [4,8;5,5] ммоль\л (p=0,533) и постпрандиальной гликемии с 8,0 [6,8;9,7] ммоль\л до 7,9 [7,39;8,53] ммоль\л (p=0,231). Было отмечено, что индекс инсулинорезистентности HOMA на фоне терапии ИАПФ уменьшился с 2,57 [1,78;4,6] до 2,13 [1,76;3,68] (p=0,008).

Выводы: Терапия ИАПФ, кроме гипотензивного эффекта, оказывает благоприятное влияние на липидный профиль, способствует снижению гликемии натощак и постпрандиальной гликемии, а также снижает инсулинорезистентность.

0532 ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА:УЧИТЫВАТЬ ЛИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС?

Липчанская Т.П., Карпова Э.С., Котельникова Е.В., Лямина Н.П.
ФГУ Саратовский НИИ кардиологии, Саратов, Россия

Утверждение о том, что психо-эмоциональные расстройства являются неблагоприятным фактором, негативно влияющим на проявления и даже на исход соматической патологии дают основание для более полного изучения психо-эмоциональных особенностей и их влияния на клинические проявления заболевания и уровень качества жизни больных.

Цель работы – изучить на амбулаторном этапе реабилитации психологические особенности и качество жизни у больных ИБС.

Нами было обследовано 38 мужчин, средний возраст 47,5±7,8 лет. Больные получали медикаментозную терапию (b—блокаторы, антиагреганты, липидоснижающие средства, нитраты) в сочетании с дозированными физическими тренировками на велотренажере под врачебным контролем в реабилитационном отделении поликлиники. Оценивались показатели психологического статуса с применением теста СМОЛ и параметры качества жизни (КЖ) по опроснику ВОЗКЖ-100. Психотропные средства не назначались. Проводились беседы, ориентированные на ведение здорового образа жизни, формирование адекватных социальных установок.

Оценка психологических особенностей в зависимости от тяжести течения ИБС показала, что усредненный профиль личности больных стенокардией II ФК (20чел) -группа А не выявлял признаков дезадаптации и располагался на уровне 43-57 Т-бал-

лов. Тревожно-ипохондрические расстройства были умеренно выраженными, о чем свидетельствуют пики на шкалах невротической триады: 1-53,6±2,8, 2-50,4±1,9, 3-57±1,3. У больных стенокардией IIIФК (18 чел) - группа-В усредненный профиль СМОЛ имел аналогичную конфигурацию – конверсионной V (пики на 1 и 3 шкале снижение на 2), но располагался на более высоком уровне 52-62 Т-баллов, что указывало на усиление тревожно- ипохондрических тенденций, повышенного внимания к себе и озабоченность своим состоянием. Отмечено, что у больных группы В имелись более низкие показатели физической сферы, чем больных группы А: физическая боль, дискомфорт, нарушения сна и отдыха и снижение жизненной активности - выражены в большей степени. Показатель духовной сферы, определяющий значимость собственных жизненных установок у больных группы В был на 9% ниже, чем у больных группы А. Суммарный показатель КЖ у больных группы А составил 80,27±1,19 баллов, а у больных группы В 71,41±0,58.При повторном тестировании через 6мес, как у больных группы А., так и у больных группы В, занимавшихся физическими тренировками, отмечено снижение частоты и степени выраженности психо-эмоциональных нарушений и увеличение суммарного показателя КЖ до 91±1,5баллов и 82±1,8 баллов соответственно. На рост суммарного показателя КЖ повлияло увеличение показателей физической, психологической и духовной сфер. Изменение КЖ обусловлено повышением уровня независимости, повышением способности к работе, удовлетворенностью практической социальной поддержкой, доступностью медицинской и социальной помощи.

Таким образом, всесторонняя количественная оценка психологического статуса и показателей КЖ выявляет психологические расстройства и отражает эффективность проведенных реабилитационных мероприятий.

0533 ПАРАМЕТРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЛВП-ОПОСРЕДОВАННУЮ АКЦЕПЦИЮ ХОЛЕСТЕРИНА ИЗ КЛЕТОК ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ТКАНЕЙ ПРИ ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИЯХ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ХОЛЕСТЕРИНА ЛВП

Литинская О.А., Озерова И.Н., Александрович О.В., Сердюк А.П., Метельская В.А., Шальнова С.А., Перова Н.В.
ФГУ «ГНИЦ ПМ», Москва, Россия

Цель: Целью настоящего исследования было изучить эффективность акцепции холестерина (ХС) из клеток периферических тканей при дислипопротеидемиях с разным уровнем ХС липопротеинов высокой плотности (ЛВП) и выяснить, сопряжена ли она с особенностями состава ЛВП.

Методы: Из случайной выборки москвичей обоего пола 55-84 лет (n=500) для исследования было сформировано две группы пациентов. Первая группа (n=35) включала лиц с уровнями триглицеридов (ТГ) ≥1,7 ммоль/л и ХС ЛВП <1 ммоль/л, вторая группа (n=35) - с ТГ <1,7 ммоль/л и ХС ЛВП ≥1,6 ммоль/л. ХС-акцепторную способность ЛВП оценивали по выходу 3Н-ХС из предварительно меченых клеток гепатомы крысы линии Fu5AH (культуральная модель клеток периферических тканей) при их инкубации с исследуемой сывороткой крови. Эффективность акцепции определяли в % 3Н-ХС, вышедшего из клеток в ответ на добавление 5% исследуемой сыворотки в течение 3 ч инкубации. Концентрацию общего ХС, ТГ и ХС ЛВП в сыворотке крови определяли ферментными методами. Уровень общих фосфолипидов (ФЛ) ЛВП и индивидуальных ФЛ ЛВП определяли методом двумерной тонкослойной хроматографии. Содержание апопротеина (апо) AI и апо B определяли методом иммунонефелометрии, уровень апо AII – методом иммунотурбодиметрии.

Результаты: Акцепция ХС из клеток Fu5AH в 1 группе была достоверно ниже (19,4±0,43%) по сравнению со 2 группой (24,5±0,76%). Анализ липидного спектра сыворотки выявил, что в группе с высоким уровнем ТГ и низким уровнем ХС ЛВП (1 группа) по сравнению с группой лиц с низким уровнем ТГ и высоким уровнем ХС ЛВП (2 группа) были увеличены концентрации общего ХС, ХС ЛНП, апо B, апо AII и соотношения апо B/AI. Кроме того, в 1 группе по сравнению со 2 группой были снижены концентрации ФЛ ЛВП и апо AI. При этом различался и фосфолипидный состав ЛВП - уровень общих ФЛ был снижен за счет фосфатидилхолина и сфингомиелина, в то время как содержание лизофосфатидилхолина ЛВП между группами не различалось. Также в 1 группе были снижены соотношения апоAI/апоAII (3,92±0,100 и 5,41±0,157 - в 1 и 2 группе, соответственно), а также ХС/ФЛ и ХС/апоAI (0,34±0,011 и 0,48±0,047; 0,24±0,007 и 0,37±0,007 - в 1 и 2 группе, соответственно).

Выводы: Выявленная в исследовании сниженная эффективность частиц ЛВП по акцепции ХС из клеток периферических тканей при дислипопротеидемии с низким уровнем ХС ЛВП ассоциирована с существенными изменениями в составе частиц ЛВП; 1). низкими концентрациями общих и преобладающих ФЛ ЛВП; 2). снижением содержания в частицах основного акцептора ХС – апо AI; 3). снижением показателей загруженности частиц ЛВП холестерином – соотношений ХС/ФЛ и ХС/апоAI.

Настоящее исследование выполнено в рамках гранта Национального Института Старения США (NatIonal InstItute of AgIng, NIA) грант № R 01 AG 026786.

0534 ОПЫТ ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА В НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Литяева Т.Ю., Козлова Л.В., Яковлев С.В., Баталин В.А.*
Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия; Поликлиника муниципальной городской больницы №5*, Оренбург, Россия

Согласно Национальным Рекомендациям ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН второго пересмотра сахарный диабет (СД) – третья причина развития хронической сердечной недостаточности (ХСН) после артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца. В то же время сведения о распространенности данного синдрома у больных сахарным диабетом не многочисленны и достаточно противоречивы.

С целью уточнения частоты ХСН у больных СД 2-го типа проведено обследование 146 пациентов в возрасте от 18 до 70 лет, попавших в случайную 10% выборку из регистра СД по одному из районов г.Оренбурга (отклик 82%). Диагностику ХСН проводили в соответствии с названными выше рекомендациями, т.е., кроме выявления патогномоничных симптомов, проводили их оценку в баллах по шкале оценки клинического состояния в модификации В.Ю.Мареева (2000), тест 6-минутной ходьбы, результаты которого трактовали с учетом возраста, пола и индекса массы тела. При проведении эходопплеркардиографии регистрировали основные параметры как систолической, так и диастолической функции левого желудочка.

ХСН диагностирована у 93 пациентов (63,7%), в 48 случаях впервые. По тяжести синдрома пациенты распределялись следующим образом: I стадия – 62, IIA – 29, IIБ – 2; I ФК – 51, II ФК – 24, III ФК – 17, IV ФК – 1. У всех пациентов констатирована артериальная гипертензия, которая в подавляющем большинстве случаев предшествовала СД (81 больной), а у остальных артериальная гипертензия и СД выявлялись практически одновременно. У 84 больных диагностирована ишемическая болезнь сердца, в 76 случаях констатированная на фоне уже выявленного СД. Признаки ХСН по анамнестическим сведениям и данным медицинской документации (МКАБ, выписки из МКСБ) появлялись только при диагностированной артериальной гипертензии, особенно при наличии признаков хронической коронарной недостаточности.

Многомерный статистический анализ показал, что основными факторами риска развития ХСН у больных СД является возраст, продолжительность течения ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии (но не сахарный диабет!), женский пол.

Таким образом, для улучшения диагностики ХСН у больных СД 2-го типа необходимо целенаправленное выявление этого синдрома. Полученные данные дают основание предполагать, что ХСН у больных сахарным диабетом 2-го типа развивается

только при наличии артериальной гипертензии и/или ишемической болезни сердца. Возможные особенности развития и течения ХСН у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца в зависимости от наличия или отсутствия нарушений углеводного обмена должны быть предметом специального исследования.

0535 ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У РАБОТНИКОВ СТРЕССОВЫХ ПРОФЕССИЙ

Лобанова Н.А., Осипова И.В., Антропова О.Н., Шахматова К.И.
НУЗ ОКБ ст.Барнаул ОАО «РЖД», Барнаул, Россия

Целью настоящего исследования было выявить особенности геометрии и диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) у работников стрессовых профессий с артериальной гипертонией на рабочем месте (АГрм).

Материал и методы. Обследованы 67 мужчин с АГ на рабочем месте, которые по наличию профессионального стрессового фактора относятся ко II группе стрессовых профессий по Karasec, в возрасте от 25 до 50 лет, средний возраст составил 41,9±7,6. Оценивались: толщина задней стенки ЛЖ в диастолу (ТЗСЛЖд), толщина межжелудочковой перегородки в диастолу (ТМЖПд), конечный диастолический размер ЛЖ (КДР), конечный систолический размер (КСР), переднезадний размер левого предсердия (ЛП), масса миокарда ЛЖ (ММЛЖ) Devereux R. 1977: ММЛЖ(г)= 1,04.[(ТМЖП+КДР+ТЗСЛЖ)3-КДР3]-13,6, индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) определяли по формуле: ИММЛЖ (г/м^2)=ММЛЖ/S тела, для изучения диастолической функции оценивались соотношение пиков Е/А трасмитрального кровотока, время изоволюметрического расслабления ЛЖ (IVRT), время замедления раннего наполнения (DT). ЭхоКГ производили на аппарате PhIlIps EnVIsorC в стандартных позициях с использованием импульсного, постоянного и цветного допплера. Статистическая обработка производилась при помощи программы MIcrosoft OffIce Excel 2003.

Результаты исследования: средние показатели геометрии ЛЖ были нормальными: КДР и КСР составили соответственно 55,3±4,9 и 33,3±3,6 мм, ТМЖд и ЗСЛЖд были равны 11,5±1,5 и 11,4±1,5мм соответственно. Нарушения сократимости у обследованных выявлено не было. При проведении ЭхоКГ у 29 человек (61%) была выявлена гипертрофия стенок ЛЖ, у 76% пациентов гипертрофия имела незначительную степень, у 21% - умеренную, у 3% - выраженную, при этом, стабильного повышения АД не было зарегистрировано на приеме у врача и предрейсовых осмотрах. Наряду с утолщением стенок ЛЖ у 12 больных было выявлено увеличение индекса массы миокарда ЛЖ более 125 г/м2 у 50% из них была отмечена дилатация полости ЛЖ. При анализе трансмитрального кровотока у 5 пациентов с гипертрофией ЛЖ отмечается I тип диастолической дисфункции, что сопровождалось изменением скоростных показателей (пик Е и А составили соответственно 51,4±9,6 и 66,6±7,8 см/с) и временных показателей диастолы IVRT и DT составили 113,2±6,2 и 229,6±61,5 мс соответственно. Увеличения размеров ЛП у данных пациентов не было. Увеличение ИММЛЖ отмечается у 1/4 пациентов. Нарушение диастолической функции ЛЖ отмечается у 25% пациентов. Для 60% обследованных пациентов характерно нарушение геометрии ЛЖ, из них у 10% наблюдается неблагоприятный, концентрический тип ГЛЖ.

Заключение: у большинства лиц операторской профессии имеется гипертрофия ЛЖ, при том, что повышения АД у них не зарегистрировано на приеме у врача и предрейсовых осмотрах, а имеются повышенные цифры АД лишь в рабочие часы, что связано с продолжительным психоэмоциональным напряжением на рабочем месте.

0536 СОСУДЫ КАК ОРГАН-МИШЕНЬ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Логачева И.В., Иванова И. В.
ГОУ ВПО ИГМА, ГУЗ РКДЦ МЗУР, Ижевск, Россия

Цель. Оценить показатели жесткости, растяжимости, упругости сосудов и величину комплекса интима-медиа (ВКИМ) у пациентов с 1-2 степенью повышения АД на фоне антигипертензивной терапии.

Методы исследования. Проведено амбулаторное исследование 95 больных гипертонической болезнью 1-2 степени (ГБ 1-2ст), длительностью 12 месяцев, в возрасте от 45 до 63 лет (52,1±1,6 лет), мужчин 40 (42,1%) и женщин 45 человек (57,9%). Давность заболевания составляла от 6 месяцев до 13 лет (7,1±2,5). Антигипертензивная терапия включала нолипрел (Группа компании «Сервье», Франция) по 1 таблетке в сутки или спираприла гидрохлорид 6 мг (квадроприл, фирма «PlIva», Хорватия) однократно утром по 1 таблетке. При отсутствии целевого уровня АД (≤140/90 мм рт.ст.) через 1 месяц терапии назначался нолипрел-форте (периндоприл 4 мг + индапамид 1,25 мг) по 1 таблетке в сутки или к квадроприлу добавлялся гипотиазид (12,5 мг/сут). Больные ГБ 1-2ст были разделены на 4 группы. IH группа включала больных ГБ 1ст, получавших нолипрел. Во группу (IC) вошли пациенты ГБ 1ст, которым назначался спираприл. Третью группу (IIНФ) составляли больные ГБ 2ст, которым проводилась терапия нолипрелом-форте. Четвертая группа (IICГ) состояла из больных ГБ 2ст, получавшего спираприл/гипотиазид. Растяжимость (DI) аорты исследовалась с помощью ЭхоКГ по методике, предложенной В.И.Титовым и Ф.Ф.Щукиной. Жесткость крупных артерий (ЖКА) оценивали как соотношение пульсового АД к ударному объему. Определяли модуль упругости (Ep) аорты по известным формулам и ВКИМ на аппарате «ALOKA – 4000» (Япония).

Полученные результаты. При ГБ 1-2ст выявлено исходное повышение ЖКА и ВКИМ во всех группах больных ГБ, при этом изменения указанных показателей носили более выраженный характер при ГБ 2ст. Растяжимость аорты (DI) в большей мере снижалась у больных ГБ 2ст по сравнению с больными ГБ 1ст ($p<0,001$). В ходе антигипертензивной терапии во всех группах отмечено снижение ЖКА (Δd,%IH =-28,6±2,8; Δd,%IC =-24,3±4,4; Δd,%IIНФ =-33,9±3,7; Δd,%IICГ -30,8±4,1 =; $p<0,001$). ВКИМ имела тенденцию к снижению во всех группах наблюдения. Отмечено восстановление эластических свойств аорты, что приближало показатели Ep больных ГБ 1-2ст к значениям этого показателя в группе здоровых лиц. Растяжимость аорты в большей степени восстанавливалась в ходе длительной антигипертензивной терапии при ГБ 1ст по сравнению с больными ГБ 2ст (Δd,%IH =52,1±15,0; Δd,%IC =51,63±20,1; $p<0,001$; Δd,%IIНФ =45,3±3,6; $p<0,001$; Δd,%IICГ =39,6±4,0; $p<0,01$).

Выводы. При ГБ 1ст отмечено изменение сосудистой стенки в виде повышения жесткости крупных артерий, увеличения величины комплекса интима-медиа, снижения растяжимости и повышения модуля упругости аорты, при ГБ 2ст вышеуказанные изменения носили более выраженный характер. На фоне антигипертензивной терапии во всех группах отмечено снижение жесткости крупных артерий и упругости аорты с одновременным увеличением ее растяжимости.

0537 СУБКЛИНИЧЕСКИЙ ГИПОТИРЕОЗ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ: ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Логвиненко А.А, Романов В.Ю, Беляева Т.В, Митченко Е.И.
ННЦ "Институт кардиологии им.Н.Д. Стражеско", АМН Украины, Киев, Украина

Цель: изучить целесообразность назначения заместительной гормональной терапии (ЗГТ) у пациентов с субклиническим гипотиреозом (СГ) и метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы: обследовано 95 женщин с МС, которые составили 4 группы: 1 гр. – 8 пациентов с МС и впервые выявленным манифестным гипотиреозом; 2 гр.–25 пациентов с МС и манифестным гипотиреозом, компенсированным приемом

ЗГТ; 3 гр. – 30 пациентов с МС и СГ без приема ЗГТ; 4 гр.–32 пациентов с МС и эутиреозом. Определялись антропометрические данные, уровни глюкозы, инсулина крови натощак, липиды крови. Инсулинорезистентность (ИР) диагностировалась при повышении HOMA-индекса >2,77 у.е.. МС определяли по критериям ATP III.

Результаты: все больные имели сопоставимые значения ИМТ, соответствующие I ст ожирения, но проявление абдоминального ожирения были больше в 1 и 3 гр. (ОТ= 98,1±1,2 и 96,5±1,0 и 97,2±1,1 и 95,2±1,1 см). Проявление как манифестной, так и субклинической гипофункции щитовидной железы, сопровождается более выраженным манифестированием абдоминального ожирения. Кроме этого в 1 и 3 гр. были наивысшие значение HOMA-индекса (2,9±0,1 и 2,8±0,2 у.е), в 50% и 40% случаев отмечались признаки ИР, в то время как во 2 и 4 гр. нарушение чувствительности к инсулину проявились только в 37% и 23% случаях. Пациенты 1 и 3 гр., имели наиболее выраженные проявления дислипидемии, что проявилось наивысшими значениями триглицеридов (3,0±0,3ммоль/л) и наименьшим уровнем ЛПВП (0,8±0,1ммоль/л). Во 2 гр. наблюдалась нормализация данных показателей, обусловленная компенсаторным влиянием ЗГТ.

Заключение: сочетание МС и СГ ассоциировалось с большими проявлениями абдоминального ожирения и ИР, наиболее атерогенными изменениями липидного обмена, что возможно, определяет целесообразность назначений ЗГТ у пациентов с СГ и МС.

0538 КОМБИНАЦИЯ ДИГИДРОПИРИДИНОВЫХ И НЕДИГИДРОПИРИДИНОВЫХ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ КАК РАЦИОНАЛЬНАЯ СХЕМА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Лохина Т.В., Искендеров Б.Г., Бурмистрова Л.Ф., Абрамова Г.Н.
Пензенский институт усовершенствования врачей, Пенза, Россия

Цель исследования: изучить гипотензивную эффективность комбинации амлодипина (нормодипина) и верапамила ретард (изоптина СР), их влияние на структурно-функциональное состояние сердца и показатели суточного мониторирования АД (СМАД), а также оценка безопасности лечения.

Материал и методы. Обследовано и пролечено 75 больных с АГ II степени в возрасте от 40 до 62 лет (51,4±2,1 года). В исследование включали больных с гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ). Больные в течение 24 недель получали комбинированную терапию нормодипином и изоптином СР, у которых при монотерапии этими препаратами целевого уровня АД достичь не удалось. Больным проводили СМАД и допплер-эхокардиографию.

Результаты. На фоне терапии целевой уровень АД (ниже 140/90 мм рт.ст.) был достигнут у 90,7% больных, частичный эффект (снижение АД более 10% от исходного уровня, но без нормализации) – у 9,3%. При патологических типах суточного профиля АД (нон-диппер, найт-пикер) в 74% случаев нормализовался циркадный ритм АД. Среднесуточные показатели систолического и диастолического АД (САД, ДАД) снизились на 32,4±2,6 мм рт.ст. ($p<0,001$) и 16,3±2,0 мм рт.ст. ($p<0,01$) соответственно. Индекс времени «нагрузки давлением» САД и ДАД за сутки уменьшился почти в 3 раза. Отношение конечного гипотензивного эффекта к максимальному эффекту (индекс Т/Р) составило от 65 до 84%. Величина утреннего подъема САД и ДАД снизилась достоверно: в среднем на 15,4% ($p<0,01$) и 14,8% ($p<0,01$) соответственно.

На фоне терапии достоверно уменьшилась толщина задней стенки ЛЖ в среднем на 10,5% ($p<0,05$) и межжелудочковой перегородки - на 10,0% ($p<0,05$), КДР - на 8,1% ($p<0,05$) и ОПСС - на 27,6% ($p<0,001$). ИММЛЖ уменьшился на 22,5±2,1 г/м^2 ($p<0,01$) и более чем у половины больных (61,3%) нормализовалась геометрия ЛЖ.. Также улучшилась диастолическая функции ЛЖ: время изоволюмического расслабления уменьшилось в среднем на 14,7% ($p<0,01$), соотношение Ve/Va, наоборот, увеличилось на 11,2% ($p<0,05$). Независимо от типа диастолической дисфункции ЛЖ наблюдалось улучшение диастолической функции.

Важно отметить, что при комбинированной терапии проаритмических проявлений не наблюдалось. Побочные действия препаратов, обусловленные избыточной вазодилатацией, были в 1,5-4 раза меньше, чем при монотерапии. Кроме того, за период наблюдения больных до двух лет сохранялся стабильный антигипертензивный эффект комбинированной терапии. Также развития острых сердечно-сосудистых и мозговых осложнений, прогрессирования поражения органов-мишеней не отмечалось.

Выводы. Комбинация антагонистов кальция дигидропиридинового и недигидропиридинового ряда обладает потенцирующим гипотензивным и выраженным кардиопротективным эффектами, что позволяет рекомендовать как рациональная комбинация у больных артериальной гипертензией.

0539 ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОДЕРЖАНИЯ ПАРАТИРЕОДНОГО ГОРМОНА В КРОВИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Лохина Т.В., Искендеров Б.Г., Шибаева Т.М., Берештейн Н.В., Ермолаева Н.Н., Киреева М.В., Берештейн Н.В.
Пензенский институт усовершенствования врачей, Пенза, Россия

Цель исследования: изучить гипотензивный эффект амлодипина и его влияние на суточный профиль АД в зависимости от содержания паратиреоидного гормона (ПТГ) в крови у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. В открытое клиническое исследование включали 65 больных (35 мужчин и 30 женщин) в возрасте от 37 до 63 лет (средний возраст – 52,5±2,3 лет), страдающих АГ I-II степени. Патологические состояния, влияющие на фосфорно-кальциевый обмен, в исследование не включались. Больным проводили суточное мониторирование АД (СМАД) до и после лечения. Содержание ПТГ в крови определяли иммуноферментным методом.

В зависимости от содержания ПТГ в крови выделены 3 группы больных. В 1-ю группу вошли 22 больных (33,8%) с уровнем ПТГ от 0 до 25 пг/мл, во 2-ю группу - 25 больных (38,5%), у которых ПТГ составил от 26 до 50 пг/мл и в 3-ю группу - 18 больных (27,7%) с уровнем ПТГ выше 51 пг/мл. У наших больных уровень ПТГ в крови колебались от нуля до 95 пг/мл.

Результаты. Выявлено, что при патологических типах суточного профиля АД содержание ПТГ достоверно выше, чем у дипперов. Так, при типе диппер содержание ПТГ составило 32,3±1,4 пг/мл, нон-диппер – 49,6±2,1 пг/мл и найт-пикер – 40,5±1,7 пг/мл. Различие ПТГ между группами достоверно ($p<0,05$).

Результаты лечения показали, что гипотензивная эффективность амлодипина коррелирует с содержанием ПТГ в крови. Так, по мере увеличения содержания ПТГ усиливается гипотензивная эффективность препарата. При этом достоверное различие показателей СМАД выявлено между 1-й и 3-й группами. Так, снижение среднесуточных величин систолического и диастолического АД (САД, ДАД) в 3-й группе (в среднем на 17,9 и 16,5% соответственно; $p<0,001$) по сравнению с 1-й группой (на 13,6 и 11,2% соответственно; $p<0,01$) оказалось выраженным. Кроме того, индексы времени «нагрузки давлением» САД и ДАД в 3-й группе уменьшились более чем в 3 раза, а в 1-й группе – в 2 раза. Показатели вариабельности САД и ДАД достоверно снизились только во 2-й и 3-й группах. Также в 3-й группе показатели степени ночного снижения САД и ДАД (19,2 и 21,6% соответственно; $p<0,001$) по сравнению с 1-й группой (в среднем на 14,5 и 15,4% соответственно; $p<0,01$) увеличились значительно. Снижение величины утреннего подъема САД и ДАД в 3-й группе (в среднем 13,3 и 13,6% соответственно; $p<0,05$) в отличие от 1-й группы оказалось достоверным (5,7 и 7,4% соответственно; $p>0,05$). В результате, у 73,3% больных нормализовался циркадный ритм АД.

Выводы. Выявлена корреляция между гипотензивным эффектом амлодипина и содержанием ПТГ. Субклинические уровни ПТГ в крови сочетается преимущественно с патологическими типами суточного профиля АД. С целью оптимизации антигипертензивной терапии антагонистами кальция целесообразно исследовать содержание ПТГ в крови.

0540 ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИБС У ЖЕНЩИН

Лошакова О.Д., Никулина Н.Н., Якушин С.С.
ГОУ ВПО РязГМУ Росздрава, Рязань, Россия

Цель работы: выявление и анализ особенностей клинического течения ИБС, объема диагностических мероприятий и результатов объективных методов исследования (ЭКГ, коронароангиографии (КАГ), велоэргометрии (ВЭП)).

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 506 историй болезни пациентов с ИБС, из которых 121 - женщин. Единственным критерием включения было проведение КАГ по поводу диагностики ИБС у пациентов (мужчин и женщин).

Результаты: Анализ демографических и анамнестических данных показал, что в исследуемой выборке женщины были в среднем старше на 1,8 года (54,5±1,8 лет и 52,7±1,0 лет), тем не менее имели давность ИБС, сравнимую с мужчинами (5,38±1,1 лет и 4,92±0,5 лет), и в 1,5 раза реже перенесли к моменту поступления ИМ (35,5% и 53,2%; $p<0,001$).У мужчин в большем количестве случаев в анамнезе имела место АГ (90,1% и 87,6%; $p>0,05$), нарушение ритма (47,8% и 21,5%; $p<0,001$). Были выделены 3 группы в зависимости от степени атеросклеротического изменения, выявленной на КАГ. Критерием гемодинамически значимого стеноза (ГЗС) был принят стеноз более 60% в 1-3 коронарных артериях, или 50% стеноз ствола левой коронарной артерии. В группе с доказанным ГЗС у мужчин в 1,6 раза чаще наблюдаются «неспецифические» изменения ST-T на ЭКГ (37,2% у мужчин и 23,3% у женщин; $p<0,05$), что может быть объяснено большей частотой ИМ, в том числе без подъема сегмента ST, в анамнезе у мужчин. Характерно, что даже при ГЗС в 27,9% у женщин выявлена неизмененная ЭКГ, тогда как у мужчин – только в каждом шестом случае (16,8%; $p>0,05$). При ГЗС типичный болевой синдром встречался в большинстве случаев, как у мужчин, так и у женщин,(91,2% и 90,7%; $p>0,05$), в 100% случаев результаты ВЭП были положительными ($p>0,05$). В группе с гемодинамически незначимым стенозом (ГНЗС) на ЭКГ признаки ИМ с подъемом сегмента ST встречались со сравнимой частотой (22,4% у мужчин и 23,1% у женщин; $p>0,05$), однако у женщин достоверно чаще выявлялись неспецифические изменения конечной части желудочкового комплекса (65,4% и 31,0%; $p<0,01$) и реже - изменений не было (11,5% и 46,6%; $p<0,001$). ГНЗС у мужчин в большей степени соответствовал типичный болевой синдром (93,1% и 73,1%; $p<0,05$). У женщин исследуемой выборки с ГНЗС ВЭП подтвердила ишемию миокарда в большем количестве случаев (28,5%; $p>0,05$), у мужчин – ВЭП была отрицательной. У больных с непораженными сосудами вне зависимости от пола в каждом десятом случае на ЭКГ регистрировались признаки ИМ с подъемом сегмента ST и в половине случаев - неспецифические изменения ($p>0,05$).

Выводы: 1) В исследуемой выборке: у женщин реже наблюдались нарушения ритма, АГ и ИМ в анамнезе; гемодинамически значимый стеноз встречался в 2 раза чаще у мужчин, в то время как отсутствие признаков стеноза коронарных артерий – в 2 раза чаще у женщин. 2) Полученные данные отражают трудности диагностического поиска у женщин с подозрением на ИБС. КАГ у мужчин проводится при наличии типичного болевого синдрома, перенесенном ИМ даже при отрицательном результате ВЭП, т.е. скорее для определения тактики ведения при фактически доказанной ИБС, тогда как у женщин КАГ чаще назначается именно с диагностической целью при противоречащих, или сомнительных, данных клиники и дополнительных методов исследования.

0541 ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ВЫЯВЛЕНИЯ СЕГМЕНТАРНЫХ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ПО ДАННЫМ ПЕРФУЗИОННОЙ СЦИНТИГРАФИИ

Лукеренко Е.В., Ефремушкина А.А., Шойхет Я.Н., Лебедев А.Б.
ГОУ ВПО АГМУ Росздрава, Барнаул, Россия; КГУЗ АККД, Барнаул, Россия

Под наблюдением находилось 176 больных с подозрением на немассивную ТЭЛА, всем была проведена перфузионная сцинтиграфия легких (ПСЛ). Возраст пациентов колебался от 19 до 79 лет (54±0,93), из них мужчин - 92, женщин – 84 человека. По данным ПСЛ у 105 больных были выявлены сегментарные нарушения капиллярного кровотока - I группа, остальные - 71 больной - составили II группу. В качестве меры влияния особенностей клинических проявлений на частоту выявления сегментарных нарушений микроциркуляции легких использовали показатель «относительного риска» (ОР). Для характеристики точности полученных значений ОР определяли 95% доверительные интервалы (ДИ).

Статистически значимых различий по полу и возрасту, по срокам выполнения ПСЛ с момента ухудшения состояния обследованных лиц, по длительности проведения антикоагулянтной терапии до проведения обследования между группами выявлено не было ($p>0,05$). При изучении клинических проявлений было отмечено, что у всех обследованных лиц жалоба на одышку встречалась в 100% случаев. Смешанный характер одышки, возникновение или усиление одышки в горизонтальном положении, наличие одышки в анамнезе реже наблюдалось в I группе ($p<0,01$). ОР выявления сегментарных изменений микроциркуляции в легких при данных характеристиках одышки составил 0,51 (ДИ 0,37 – 0,69); 0,60 (ДИ 0,43 – 0,85) и 0,64 (ДИ 0,49 – 0,81) соответственно. У пациентов, имеющих смешанный характер одышки с периодическими приступами инспираторного характера ОР выявления сегментарных изменений, составил 1,46 (ДИ 1,14 – 1,87). Самый высокий ОР выявления сегментарных изменений был отмечен у больных с одышкой в анамнезе при ее внезапном усилении – 7,90 (ДИ 5,00 – 12,50). У больных с постоянной одышкой в покое и с пароксизмами «беспричинной» одышки ОР составил 1,67 (ДИ 1,39 – 2,03) и 1,78 (ДИ 1,41 – 2,24). При изучении легочно-плевральных симптомов было выявлено, что в I группе преобладали жалобы на сухой кашель, кровохарканье и боль в грудной клетке, связанную с дыханием ($p<0,001$). ОР выявления сегментарных изменений при данных симптомах составил 1,53 (ДИ 1,23 – 1,90), 1,67 (ДИ 1,39 – 2,03) и 1,72 (ДИ 1,44 – 2,06) соответственно. При изучении сердечно-сосудистых симптомов было отмечено преобладание у пациентов I группы сердцебиений, возникающих только при физической нагрузке ($p<0,001$), ОР – 1,74 (ДИ 1,42 – 2,12)). Боли за грудиной при физической нагрузке в этой группе наблюдались реже ($p<0,01$), ОР – 0,60 (ДИ 0,43 – 0,85), чем у больных 2 группы.

Таким образом, у больных с сегментарными нарушениями капиллярного кровотока легких чаще наблюдается сухой кашель, кровохарканье, боли в грудной клетке, связанные с дыханием, сердцебиение при физической нагрузке. У этих же больных чаще выявляются следующие особенности одышки: пароксизмальная «беспричинная» или постоянная в покое, а также ее внезапное усиление при наличии в анамнезе.

0542 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛИЗИНОТОНА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Лунева Ю.В, Поветкин С.В., Корнеева С.И.
Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Использование новых дженериковых форм различных препаратов вызывает у врачей некоторые сложности. В определен-

ной мере это относится и к ингибиторам АПФ, широко используемым при лечении артериальной гипертензии (АГ).

Цель исследования: изучение эффективности монотерапии Лизинотоном (лизиноприл) у пациентов с АГ.

В исследовании приняли участие 30 больных с АГ I–II степени в возрасте от 35 до 65 лет. Терапевтическая доза препарата 20 мг\сут. Длительность наблюдения - 1 месяц.

Методы исследования: офисное измерение АД, дневник самоконтроля АД, ЧСС, биохимические показатели крови, ЭхоКГ, опросник качества жизни SF – 36.

Результаты: на фоне монотерапии Лизинотоном у всех пациентов произошло снижение артериального давления (АД). Степень снижения не зависела от возраста и пола пациентов. Начиная со 2-5 го дня приема препарата, происходило постепенное снижение АД. Наиболее низкое значение АД фиксировалось после 14 дней лечения. В дальнейшем АД удерживалось на этом уровне с небольшими колебаниями до конца наблюдения. Систолическое АД (САД) снизилось со 170±6,6 до 138±5,4, диастолическое АД (ДАД) с 94±3,4 до 85,2±4,2 мм рт.ст. Целевые уровни АД достигнуты у 64% больных. У 1 пациента пришлось отменить препарат из-за выраженного кашля. Прием Лизинотона сопровождался улучшением общего состояния пациентов. Головокружений, неприятных ощущений и усиления болей в области сердца, которые могут быть связаны со снижением АД, не отмечено.

Негативных изменений биохимических показателей крови не наблюдалось.

Использование опросника SF – 36 позволило отметить улучшение показателей качества жизни пациентов.

По результатам ЭхоКГ отмечено достоверное уменьшение объемных параметров левого желудочка, увеличение фракции выброса, уменьшение структурных параметров.

Выводы: проведенное нами исследование показало достаточно высокую эффективность Лизинотона у пациентов, страдающих АГ.

При назначении Лизинотона важным является и такой показатель как, цена – эффективность. При относительно низкой стоимости препарата он обладает эффективностью у пациентов с АГ.

0543 ПРИМЕНЕНИЕ ЛАМОТРИДЖИНА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Лучкина Е.В., Покровский М.В., Покровская Т.Г., Артюшкова Е.Б.
Курский государственный медицинский университет, Кафедра фармакологии, Курск, Россия

Ламотриджин современный противоэпилептический препарат. Его противосудорожный эффект обусловлен главным образом двумя механизмами. Он стабилизирует пресинаптическую нейрональную мембрану, блокируя вольтаж-зависимые натриевые каналы и ограничивает высвобождение возбуждающих нейромедиаторов – глутамата и аспартата. При лечении сочетанной патологии, полипрагмазия значительно ухудшает качество терапии и жизни пациентов. Способность ламотриджина снижать уровень нейронального оксида азота, вызывающего при диффундировании к системным сосудам их повреждение создает предпосылки рассмотреть препарат как средство коррекции эндотелиальной дисфункции- ключевого патогенетического момента в развитии атеросклероза, гипертонической болезни, ишемического повреждения мозга.

Целью настоящего исследования явилось изучение эндотелиопротективных свойств ламотриджина на модели L-NAME-индуцированного дефицита оксида азота.

Материалы и методы исследования. Опыты проводились на белых крысах самцах линии WIstar массой 250-300 г. N-нитро-L-аргинин метиловый эфир (L-NAME) вводился ежедневно один раз в сутки, внутрибрюшинно, в дозе 25 мг/кг (n=10). На 7 день от начала эксперимента под наркозом (этаминал-натрия 50 мг/кг) вводили катетер в правую сонную артерию для регистрации показателей, болюсное введение фармакологических агентов осуществляли в правую бедренную вену. Показатели гемодинамики: систолическое артериальное давление (САД), диастолическое артериальное давление (ДАД) и частоту сердечных сокращений (ЧСС) измеряли непрерывно посредством датчика и компьютерной программы “BIopac”. Функциональные пробы: внутривенное введение ацетилхолина (АХ) (40мкг/кг) – эндотелийзависимая вазодилатация (ЭЗВ) и нитропруссида натрия (НП) - эндотелийнезависимая вазодилатация (ЭНЗВ) (30 мкг/кг). Исследование сократимости миокарда после моделирования патологии проводили у наркотизированных крыс, находящихся на управляемом дыхании. Регистрировали показатели кардиогемодинамики. Для оценки функциональных возможностей миокарда проводили нагрузочные пробы. На фоне введения блокатора eNOS-L-NAME животным вводили ламотриджин ежедневно один раз в сутки внутрижелудочно через зонд в дозе 8,5 мг/кг.

Результаты. Рассчитывалось соотношение ЭНЗВ и ЭЗВ у каждого животного интактной группы и крыс после моделирования блокады NO-синтазы и получили разницу данного показателя в 5 раз - соответственно 1,1±0,1 у интактных и 5,4±0,6 у животных, получавших L-NAME. Этот показатель, названный коэффициентом эндотелиальной дисфункции и является отражением степени коррекции эндотелиальной дисфункции.

Так, в группе, где на фоне введения ингибитора NO-синтазы L-NAME вводился ламотриджин (7 дней) - коэффициент составил 1,9±0,2, что значительно ниже коэффициента, полученного в группе L-NAME.

Таким образом, ламотриджин может использоваться в качестве корректора эндотелиальной дисфункции при сердечно-сосудистых заболеваниях.

0544 ВЛИЯНИЕ ПРЕДЫНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИИ НА РАЗМЕР ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Лыкасова Е.А., Пак Ю.А., Тодосийчук В.В., Кузнецов В.А.
Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр» Тюмень, Россия

В экспериментальных работах доказано, что короткие эпизоды ишемии-реперфузии, предшествующие более длительной ишемии, уменьшают размер очага миокардиального некроза. Данные ряда клинических исследований позволяют предположить, что предынфарктная стенокардия (ПС), как клиническая модель феномена ишемического прекондиционирования, способна индуцировать механизмы эндогенной кардиопротекции и ограничивать размер острого инфаркта миокарда (ИМ) у больных ишемической болезнью сердца.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния ПС на глубину и степень миокардиального некроза у больных ИМ.

Материалы и методы. В проспективное исследование были включены 72 пациента (средний возраст 57,5±1,5лет, мужчин-53), госпитализированных в Тюменский кардиологический центр с диагнозом острого ИМ. ПС определялась как один или несколько эпизодов типичных ангинозных болей в течение 72 часов предшествовавших развитию ИМ. 38 пациентов имели эпизоды ПС в анамнезе, 34 пациента не имели эпизодов ПС. Анализируемые группы были сопоставимы по основным клиническим характеристикам и факторам кардиоваскулярного риска. Оценивались: частота развития (в %) Q волнового и не-Q волнового ИМ и максимальные значения креатинфосфокиназы (КФК), как косвенных маркеров, характеризующих глубину и степень некроза миокарда.

Результаты. Не-Q волновой ИМ чаще встречался в группе пациентов с эпизодами ПС, в сравнении с группой пациентов без ПС (21,1% против 2,9%, p=0,021).В этой же группе была выявлена тенденция к снижению пиковых значений КФК (1116,3±124,7 U\l против 1557,9±188,2 U\l, p=0,05).

Вывод: Полученные результаты свидетельствуют, что ПС ассоциирована с ограничением глубины и степени повреждения миокарда. Наличие эпизодов ПС может быть использовано в качестве дополнительного прогностического критерия у пациентов с ИМ.

0545 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА И ДИСФУНКЦИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Лысенкова Н.О., Кратнов А.Е., Хабарова И.В.
Государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Цель исследования – изучение вариабельности ритма сердца и дисфункции миокарда левого желудочка (ЛЖ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом 2 типа (СД).

Материалы и методы. Всего обследовано 54 больных (средний возраст 52,4±8,7 лет), из которых 37 (68,5%) были с ИБС и 17 (31,5%) с гипертонической болезнью (ГБ). Среди пациентов с ИБС 16 (43,2%) были со стабильной стенокардией, 3 (8,1%) с нестабильной стенокардией, 7 (19%) с не-Q-инфарктом миокарда и 11 (29,7%) с Q-инфарктом миокарда. СД выявлялся у 16 (43,2%) больных ИБС. Анализ ВРС во временной области за 24 часа проводился с помощью программы "Astrocard ® Holtersystem-2F ElIte" (ЗАО "Медитек", Москва). Эхокардиографическое исследование проводилось на ультразвуковом сканере PhIlIps "En VIsor C".

Результаты и обсуждение. При сравнительной характеристике показателей ВРС у больных ИБС без СД и пациентов с ГБ не было выявлено достоверных различий. При ИБС, в отличие от пациентов с ГБ, были достоверно выше показатели конечного систолического объема (52,2±17,3 >45,5±10,4 мл; p=0,01) и ниже фракция выброса ЛЖ (55,4±7,3 <61,4±4,4%; p=0,002). У пациентов ИБС с сопутствующим СД, в отличие от больных без диабета, были достоверно ниже показатели средней длительности интервалов R-R (RRNN) (798,2±125,6 <943,6±171,5 мс; p=0,04), стандартного отклонения интервалов R-R (SDNN) (97,8±23,3 <132,1±39,4 мс; p=0,006), доли соседних синусовых интервалов R-R, различающихся более чем на 50 мс (pNN 50) (1729,5±1866,4 <4493,5±4711,5; p=0,04), мощности в диапазоне низких частот (LF) (334,5±222,9 <650,1±454,6 мс^2; p=0,02). Также у больных ИБС с СД было достоверно выше отношение значений мощностей (LF/HF) (4,7±2,8 >2,4±1,2; p=0,003). Все вышеописанные показатели, а также значения мощности в диапазоне высоких частот (HF) (127±127,4 <291,7±223,1 мс^2; p=0,02), достоверно отличались у пациентов с СД по сравнению с больными с ГБ. При этом у больных ИБС и СД, в отличие от пациентов ИБС без диабета или с ГБ, выявлялись достоверно более высокие показатели времени изоволюметрического расслабления левого желудочка (IVRT) (137,5±9,1 >108,3±18,7 и 108,4±25 мс соответственно; p=0,04). У пациентов СД между показателями IVRT и ВРС наблюдалась умеренная обратная достоверная корреляция (SDNN r=-0,34, p=0,02; HF r=-0,39, p=0,01; LF r=-0,39, p=0,009). Обратная корреляция выявлялась также между уровнем глюкозы капиллярной крови, уровень которой был выше у больных с СД (8,1±2,5 >5,3±4,5 ммоль/л; p=0,03), и показателями ВРС (RRNN r=-0,38, p=0,006; SDNN r=-0,31, p=0,03; HF r=-0,42, p=0,002).

Заключение. Наличие СД у больных ИБС сопровождается диастолической дисфункцией ЛЖ, развитие которой ассоциируется с дисрегуляцией вегетативной нервной системы (уменьшение парасимпатических и увеличение симпатических влияний) по данным ВРС на фоне гипергликемии. Поскольку низкая ВРС коррелирует с наличием нейропатии у больных СД, можно полагать, что ее развитие приводит к диастолической дисфункции ЛЖ.

0546 ВЫРАЖЕННОСТЬ ГИПОКСЕМИИ И ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И СИНДРОМЕ АПНОЭ ВО СНЕ

Лышова О.В., Иванникова Л.В., Моргачев В.Е.
ГОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н. Бурденко», Воронеж, Россия

Среди механизмов, ответственных за возникновение тахикардии и системной артериальной гипертензии (АГ) рассматривается гипоксия и гипоксемия. Для определения степени выраженности гипоксемии в клинической практике применяется портативная пульсоксиметрия.

Цель: провести сравнительное исследование циркадианной динамики частоты сердечных сокращений (ЧСС) у больных АГ и синдромом апноэ во сне (САС) различной степени тяжести.

Материал и методы. Полифункциональное холтеровское и ночное кардиореспираторное мониторирование («Кардиотехника-06», ИНКАРТ, Санкт-Петербург) провели у 79 мужчин в возрасте 30–63 лет (44,4±1,0) с гипертонической болезнью I и II стадии, АГ 1–3 степени, недостаточность кровообращения I–II ФК (по NYHA). Ожирение различной степени тяжести у 39 больных (индекс массы тела 30–48, средний 35,6±4,9). В день исследования медикаментозная терапия не проводилась. На протяжении 24-х часов регистрировали ЭКГ, реопневмограмму с нижних отделов обоих лёгких, актограмму; в период сна дополнительно – поток воздуха на уровне носа и степень насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом (сатурация). Степень тяжести САС определяли по индексу апноэ (ИА). Обследуемые разделены на три группы: по 24, 15 и 13 больных в каждой, при этом ИА находился в пределах 5–14, 15–29, 30–70 за 1 час сна соответственно. Контрольную группу составили 27 больных без САС. Для обработки полученных результатов использовали методы описательной статистики (M±σ). Провели сравнительный анализ по критерию Стьюдента с поправкой Бонферрони и корреляционный анализ с вычислением коэффициента корреляции (r). Различия считали статистически достоверными при p<0,05.

Результаты. У всех обследованных регистрировался синусовый ритм. Средние значения ЧСС (в 1 минуту) за период бодрствования находились в пределах от 80,8±9,0 в контроле до 86,3±11,3 в третьей группе, а в период сна от 61,2± 6,4 в первой группе до 67,2±8,5 в третьей. Различия недостоверны в обоих случаях. Наиболее низкие минимальные значения сатурации отмечались в третьей группе (83,7±4,6%), по сравнению с первой и контрольной (87,7±2,8% и 88,5±3,1%, p=0,000). Межгрупповые различий по базовому и среднему уровню сатурации не определялись. Между минимальным уровнем сатурации обнаружены статистически достоверные зависимости со следующими показателями: ИА

(r=–0,545), средняя ЧСС (r=–0,233 и r=–0,377) и минимальная ЧСС (r=–0,355 и r=–0,308) в дневные и ночные часы соответственно.

Выводы. Несмотря на отсутствие достоверных различий по циркадианной динамике ЧСС у больных АГ, без нарушений регуляции дыхания во сне и при САС, выявлена достоверная отрицательная зависимость слабой силы между минимальным уровнем сатурации O2 со средними и минимальными значениями ЧСС в периоды бодрствования и сна. Наименьшие значения сатурации регистрируются у больных с тяжёлой степенью САС. Выявлена достоверная отрицательная зависимость средней силы между минимальным уровнем сатурации O2 и индексом апноэ. Следовательно, для определения степени тяжести САС можно использовать оба эти показателя.

0547 ПОВЫШЕННАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ – НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ФАКТОР ДЛЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Лямина Н.П., Брояка Н.А.,Сенчихин В.Н., Коростова Е.А.,
ФГУ Саратовский НИИ кардиологии, Саратов, Россия

Цель работы заключалась в изучении вазодилатирующей функции эндотелия с учетом механического его повреждения у пациентов молодого возраста с АГ I стадии имеющих различную вариабельность АД, без клинических признаков атеросклероза.

Материалы и методы обследовано 46 пациентов с АГ I стадии (ср. возраст 30,6±1,12 лет), имеющие гипертензивный анамнез до 5 лет, (ср. длительность АГ 2,01±0,21 лет), с 25,0<ИМТ<35,0 (ср. ИМТ 27,20±1,23) без клинических признаков атеросклероза. Группу сравнения составили 10 клинически

здоровых пациентов. Пациенты с АГ и клинически здоровые лица были сопоставимы по возрасту, ИМТ. По результатам суточного мониторирования АД (AND, ТМ 2421) пациенты были разделены на две группы: I группа (n-21) - с нормальной вариабельностью АД (ВарАД), II группа (n-25) - с повышенной ВарАД, сопоставимые по возрасту, ИМТ, по выраженности факторов риска группы. Всем проводили исследование эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) плечевой артерии с использованием пробы постокклюзионной реактивной гиперемии по Celemajer 1993 г., результаты оценивали с помощью ультразвука высокого разрешения с применением 7 МГц линейного датчика на УЗИ сканере TOSHIBA. Механическое повреждение эндотелия оценивали по десквамации эндотелия, по методике Hladovec 1978 г.

Результаты. При оценке ЭЗВД у больных АГ I стадии, было выявлено уменьшение прироста диаметра плечевой артерии, в I гр. на 15,3%, во II гр. на 17,2% по сравнению с клинически здоровыми лицами, и полученные значения укладывались в пределы допустимых и составили в I гр. 8,81+0,7%, во II гр.- 8,34+1,1%. У лиц с АГ, и особенно у пациентов II гр., четко определялось замедление возврата скоростей к исходным значениям после временной окклюзии при проведении пробы с реактивной гиперемией. Пиковая систолическая скорость кровотока (Vps) у здоровых пациентов после прекращения временной окклюзии на 90 сек. была ниже исходной скорости на 5,93±3,72 см/сек., в то время как у пациентов I гр. Vps превысила исходные значения в среднем на 4,7±3,75 см/сек., а у пациентов II гр. на 6,64±3,21 см/сек. При количественной оценке десквамированного эндотелия у лиц с АГ, и особенно у пациентов с повышенной вариабельностью АД, определялось достоверное увеличение данного показателя, по сравнению с гр. контроля: в I гр. на 47,9% и составил3,58±0,28, во II гр. на 66,9% и составил 4,04±0,38 соответственно, в гр. контроля - 2,42±0,42 ($p<0,05$)

Выводы. Таким образом, повышенная вариабельность АД у лиц молодого возраста с артериальной гипертонией является неблагоприятным фактором, приводящим не только к механическому повреждению эндотелия, но и нарушению вазодилатационной функции эндотелия.

0548 ОСОБЕННОСТИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ: ВЗАИМОСВЯЗЬ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА И СКОРОСТИ КРОВОТОКА

Магдеева Н. А.
Саратовский государственный медицинский университет, Саратов, Россия

В настоящее время часто используются показатели функции эндотелия в качестве маркеров атеросклеротических изменений артерий, в том числе и при подагре. Актуальной проблемой представляется выявление ранних, обратимых маркеров дисфункции эндотелия, одним из которых является жесткость сосудистой стенки и скорость кровотока. Среди большого количества различных маркеров воспаления особое значение придают С-реактивному белку (СРБ), увеличение концентрации которого свидетельствует о воспалении, связанном с атеросклерозом.

Цель работы: выявление особенностей эндотелиальной дисфункции у больных подагрой и артериальной гипертензией – взаимосвязи СРБ, определяемого высокочувствительным методом, и скорости кровотока по данным неинвазивной артериографии.

Материал и методы. В исследование были включены 50 больных первичной подагрой, составившие основную группу (ОГ). Распределение по полу: 42 мужчин и 8 женщин. Средний возраст обследованных лиц 52,88±2,08 года (от 30 до 76 лет). Критериями невключения в исследование являлись наличие ассоциированных с артериальной гипертензией (АГ) состояний, сопутствующие хронические болезни в стадии обострения, острый приступ подагрического артрита. Все обследованные пациенты страдали АГ. В группу сравнения (ГС) были включены 20 пациентов с АГ, сопоставимые по возрасту, полу, сопутствующей патологии. В контрольную группу (КГ) было включено 20 клинически здоровых лиц. При обследовании проводилась неинвазивная артериография (артериограф «TensioClinic»). Определялся индекс аугментации (AIX), по которому судят о ригидности аорты и периферическом сосудистом сопротивлении; скорость пульсовой волны в аорте (PWV) – отражает эластические свойства аорты. Количественное определение СРБ в сыворотке крови проводилось на анализаторе IMMULITE 1000.

Результаты. В КГ СРБ составлял 0,95±1,72 мг/л. У больных подагрой значения СРБ варьировали в широких пределах (от 1,15 до 80 мг/л), в среднем – 11,5±24,3 мг/л (отличия статистически значимые по сравнению с КГ - $p<0,001$). Увеличение концентрации СРБ (более 3 мг/л) наблюдалось у 87 % пациентов. При изучении в ГС СРБ равнялся 3,63±7,53 мг/л, что превышает нормальные значения ($p<0,01$), однако значительно ниже по сравнению с показателем СРБ у больных подагрой ($p<0,001$). Превышение нормального уровня - у 60 % пациентов. Таким образом, у больных подагрой и пациентов с АГ отмечены более высокие показатели СРБ и увеличение частоты встречаемости данного изменения по сравнению со здоровыми лицами. Больные, страдающие подагрой, имеют более высокий уровень СРБ в отличие от пациентов с АГ. Для определения зависимости между уровнем СРБ и параметрами жесткости сосудистой стенки больные подагрой были разделены на 2 группы. В первую подгруппу были включены пациенты с показателями СРБ ниже медианы, во вторую подгруппу – больные с показателем СРБ превышающим средний уровень. Установлена значимая взаимосвязь СРБ во второй подгруппе и скорости кровотока ($r=0,48$, $p<0,05$). Таким образом, высокий уровень СРБ (значительно превышающий нормальный) коррелирует с высокой скоростью кровотока, что может свидетельствовать о наличии выраженной эндотелиальной дисфункции, системном воспалении и в итоге - высоком кардиоваскулярном риске.

Выводы. У больных подагрой в сочетании с АГ и у пациентов, страдающих АГ, достоверно выше уровень СРБ по сравнению со здоровыми.

При подагре уровень СРБ значительно выше по сравнению с аналогичным показателем у больных артериальной гипертензией.

У больных подагрой выявлена взаимосвязь между высоким уровнем СРБ и повышенной скоростью кровотока, что свидетельствует об эндотелиальной дисфункции и повышенном кардиоваскулярном риске.

0549 ДИНАМИКА ДИСПЕРСИИ КОРРИГИРОВАННОГО ИНТЕРВАЛА QT ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИИ

Мадоян М.А., Майорова Л.И.
ФГУЗ МСЧ УВД Рязанской области, АПУ ФСИН РФ, Рязань, Россия

Дисперсия интервала QT – разница между максимальным и минимальным значениями интервала QT, корригированного с частотой сердечных сокращений, в 12 отведениях одной стандартной электрокардиограммы (ЭКГ). Дисперсия корригированного интервала QT (QTcd) считается маркером электрической нестабильности миокарда и имеет высокую прогностическую значимость. В проведенных ранее исследованиях показано, что этот показатель увеличивается при ряде органических поражений миокарда, коррелирует с тяжестью течения заболевания и наличием желудочковых аритмий, имеет определенную динамику при инфаркте миокарда. Однако остаются недостаточно изученными изменения QTcd при прогрессирующей стенокардии.

Цель: анализ динамики QTcd ЭКГ при прогрессирующей стенокардии.

Материалы и методы исследования. В исследование включен 51 больной (38 мужчин и 13 женщин) с прогрессирующей стенокардией, средний возраст составил 60,4±2,5 лет. Прогрессирующая стенокардия стабилизировалась в стенокар-

дию напряжения I ФК в 3,9%, II ФК – в 60,8%, III ФК – в 33,3%, IV ФК – в 2% случаев. 41,2% больных в анамнезе имели мелкоочаговый инфаркт миокарда. 37,3% больных страдали хронической сердечной недостаточностью преимущественно I стадии (25,5% больных), II ФК (29,4% больных). QTcd рассчитывалась по общепринятой методике, соответственно дням заболевания. Доступны анализу оказались 170 ЭКГ.

Результаты. QTcd составила: в 1 день болезни 98,7 мс, во 2 – 88,3 мс, в 4 – 56,6 мс, в 5 – 45,8 мс (р между QTcd 5 дня и QTcd 1 и 2 дней <0,05), в 6 – 48 мс, в 7-8 дни – 48 мс, 9-10 – 65,6 мс, 11-12 – 58,7 мс, 13-14 – 54,8 мс, 15-19 – 57,4 мс, 20-24 – 64,1 мс, 25-29 – 49,7 мс, 30-40 дни – 52,6мс. Как видно, в первые двое суток заболевания регистрировались максимальные значения QTcd, более чем в 2 раза превышающие нормальные. С 1 по 5 день показатель достоверно снижался практически до нормы, с 6 по 10 день возрастал, и колебался примерно на одном уровне (60 мс) до 20–24 дня с последующим снижением на 25 – 29 день болезни.

Вывод. QTcd при прогрессирующей стенокардии динамична: значения показателя максимальны в первые двое суток заболевания, с 1 по 5 день QTcd снижается, в конце первой – начале второй недели болезни происходит небольшой подъем QTcd со стабилизацией показателя до конца третьей недели, после чего в четвертую неделю болезни происходит второе снижение QTcd. Выявленные особенности динамики QTcd при прогрессирующей стенокардии можно использовать в качестве дополнительного диагностического критерия.

0550 ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ И ИДИОПАТИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МИОПАТИЯХ

Мазур-Никорич Л.М., Ветрилэ С. Б., Мазур М. В.
ГУМФ «Николае Тестемицану», Кишинев, Молдова

Цель: Исследование особенностей поражения сердечно-сосудистой системы при системной красной волчанке (СКВ) и идиопатических воспалительных миопатиях (ИВМ).

Методы: Были обследованы 120 пациентов: 90 с СКВ и 30 с ИВМ, которые соответствовали критериям диагностики ACR, 1997 для СКВ и диагностическим критериям Bohan A. и Petter J, 1975 для ИВМ. Наряду с выше указанными критериями включения в обследование требовалось отсутствие лечения со статинами и согласие пациента. Для обследования пациентов были применены ЭКГ, ЭхоКГ, холтеровский мониторинг ЭКГ, нагрузочный тест, допплеровское дуплексное исследование кровотока в сонных артериях, СРБhs, ЦИК, тропонины, уровень холестерина и его фракции, триглицериды, креатинкиназа, антитела анти-ДНК и к антикардиолипину волчаночный антикоагулянт, также проводилась электромиография. Была подсчитана общая доза преднизолона. Активность СКВ была оценена по шкале SLEDAI - 2k, а индекс повреждения – по SLICC/ACR.

Результаты: Поражение сердечно-сосудистой системы было определено у около половины пациентов с системной красной волчанкой и идиопатическими воспалительными миопатиями. Полученные данные подтверждают результаты литературы в том что перикадит и клапанные поражения характерны для СКВ, в то время как при ИВМ чаще встречаются аритмии и блокады проводящей системы сердца. Поражение клапанного аппарата была выявлена у 6,6% vs 13,3% больных с СКВ и ИВМ, соответственно. Частота гипертрофии левого желудочка и его диастолической дисфункции, артериальной гипертензии и сердечной недостаточности были идентичны в изученных группах. Дислипидемия, чаще всего выражающаяся высоким уровнем триглицеридов и холестерина липопротеидов низкой плотности, наблюдалась в обеих изученных группах и коррелировала с активностью болезни и индексом повреждения. Однако повышение триглицеридов и (ТИМ) утолщение интимы-медия были наиболее выражены у пациентов в группе СКВ с поражением сердца и почек. Таким образом, были определены критерии, определяющие тяжёлое течение исследуемых заболеваний. Высокий уровень антител к антикардиолипину и концентрация волчаночного антикоагулянта взаимосвязано с развитием сердечно-сосудистой патологии. Клапанное поражение было характерно для СКВ, коррелировало с высоким уровнем триглицеридов и ТИМ, которые представляют собой возможные факторы повреждения эндотелия. Активность СКВ у больных с сердечно-сосудистой патологией по шкале SLEDAI-2k составила 28 баллов в начале исследования и уменьшилась до 11 баллов после 3-х месяцев проведенного лечения. Такие осложнения сердечно-сосудистой системы как инфаркт миокарда и инсульт были отмечены только у пациентов с СКВ и наблюдались у 10% больных.

Выводы: В результате проведенного исследования поражение сердечно-сосудистой системы при СКВ и ИВМ было обнаружено в 53,3% и 46,6% случаев, соответственно. Сердечно-сосудистые осложнения увеличивают индекс повреждения и ведут к повышении смертности. Больным без признаков сердечно-сосудистых поражений необходимо определить прогноз осложнений на 10 лет по SCORE.

0551 КВАРТИЛЬНЫЙ АНАЛИЗ (ПО СКОРОСТИ NA/LI-ПРОТИВОТРАНСПОРТА В МЕМБРАНЕ ЭРИТРОЦИТА) ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И СМЕРТНОСТИ В ДЛИТЕЛЬНО НАБЛЮДАЕМОЙ ОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Макаров М.А., Ибрагимова Э.Э.
Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Цель: Оценить влияние генетического фактора, определяемого по величине скорости Na/Li противотранспорта (Na+/Li+ ПТ) в мембране эритроцита на смертность и заболеваемость артериальной гипертензией (АГ) в когорте, наблюдаемой в течение 12 лет.

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

Материал: 415 рабочих и служащих крупного промышленного предприятия.

Методы: изучение скорости Na+/Li+ ПТ с последующим квартильным (КВ) анализом распределения признака (I КВ – 38-206, II КВ – 207–275, III КВ – 276–347, IV КВ – 348-644 мкмоль Li/л клеток в час), клиническое обследование, включающее измерение артериального давления, регистрацию электрокардиограммы, эхокардиографию по показаниям; анкетный опрос, анализ свидетельств о смерти на предмет уточнения причин смерти, анализ историй болезней, амбулаторных карт.

Результаты: 1.Инциденты АГ у лиц, ранее не страдавших данным заболеванием, появились за время наблюдения: в I КВ – 6, во II КВ – 1, в III КВ – 9, в IV КВ – 4.

2.Количество умерших среди лиц без АГ: I КВ – 6, II КВ – 4, III КВ – 7, IV КВ – 1.

3. Поквартильное распределение умерших среди больных АГ: I КВ – 6, II КВ – 12, III КВ – 10, IV КВ-13. Причинами смерти были инфаркты миокарда и острые нарушения мозгового кровообращения.

4.Распределение по квартилям Na+/Li+-ПТ случаев смерти в когорте в целом: I КВ – 12, II КВ – 16, III КВ – 17, IV КВ – 14.

Выводы: 1.При квартильном анализе распределения признака выявляется связь между скоростью Na/Li противотранспорта и заболеваемостью и смертностью в популяции.

2.Наибольшее количество инцидентов АГ у лиц, ранее не страдавших данным заболеванием, связано с принадлежностью к I и III КВ.

3.Наибольшая смертность среди больных АГ наблюдается у носителей величин II и IV КВ.

4.Наибольшая смертность среди лиц, не страдавших данным заболеванием, - у носителей величин I и III КВ.

5. Смертность в популяции в целом связана с принадлежностью ко II и III КВ.

6. Лицам, имеющим величину скорости I КВ, свойственна наименьшая как общая так сердечно-сосудистая смертность.

0552 ИНСУЛИНОТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Макова А.Г., Демидова И.Ю.
Российский государственный медицинский университет ГОУ ВПО Росздрава, Кафедра эндокринологии и диабетологии ФУВ, Москва, Россия

Актуальность. Летальность больных СД 2 типа при ОНМК в 2-3 раза выше, чем в общей популяции, что объясняется крайне негативным влиянием гипергликемии на зону ишемической полутени и диктует необходимость поддержания целевой гликемии в диапазоне 6,0-8,0 ммоль/л.

Цель данного исследования - разработать эффективный и безопасный метод коррекции гликемии у больных СД 2 типа в острейшем периоде ишемического инсульта.

Объект исследования и методы. В исследование было включено 76 больных СД типа 2 в острейшем периоде ишемического инсульта. Всем пациентам был назначен инсулин короткого действия (КИ), доза которого коррегировалась ежечасно по уровню гликемии. В зависимости от способа введения КИ больные были распределены на две группы. В группе ВИ (n=45) – КИ вводился внутривенно постоянно с помощью инфузомата, а в группе ПИ (n=31) – ежечасно подкожно инсулиновыми шприцами.

Результаты исследования показали, что в течение первых суток, определяющих дальнейший прогноз ОНМК, целевая гликемия была обеспечена только у больных в группе ВИ. При традиционном способе введения КИ у 98% пациентов гликемия превышала 8,0 ммоль/л не только в течение первых, но и последующих суток, что отразилось на исходе ОНМК. Так, в группе ВИ благоприятный исход ОНМК наблюдался в 62,2% случаев, а в группе ПИ лишь в 35,5% ($p<0,02$).

Выводы. Внутривенная постоянная инсулинотерапия наиболее эффективный метод коррекции гипергликемии при ОНМК, так как обеспечивает быстрое достижение целевой гликемии и благоприятный исход заболевания.

0553 ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ Q-ИНФАРКТА МИОКАРДА ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРЫМ ПСИХОЗОМ

Максимов А.И., Соснина М.В., Рябов В.В., Марков В.А.
Отделение неотложной кардиологии НИИК ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия; ГУ НИИ Психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования. Изучить частоту и особенности клинического течения острого психоза (ОП) в остром периоде Q-инфаркта миокарда (ИМ).

Материал и методы. Выполнен ретроспективный анализ 291-й истории болезни пациентов с Q-ИМ, за 2006г. Из них с передним Q-ИМ за 2006г наблюдались 121 пациент, с нижним Q-ИМ 167 пациентов, ИМ с ПБЛНПГ встретился в 3 случаях. На основании анализа историй болезни были отобраны 24 истории болезни пациентов, у которых в остром периоде Q-ИМ развился ОП. Основным критерием отбора являлось наличие клиники дезориентации пациента в происходящем, в пространстве, времени, собственной личности на фоне психомоторного возбуждения или его отсутствия, что соответствует понятию делирия. Данные обрабатывались с использованием методов описательной статистики и представлены в виде M±SD; n(%).

Результаты. За 2006г частота ОП при Q-ИМ составила 24 (8,2%) случая. Значительно чаще ОП развивался при переднем Q-ИМ, частота развития составила 17 (14%) случаев. У пациентов с нижним Q-ИМ ОП развился у 7 (4,2%) человек. Средний возраст составил 71,9±10,2 года. В 17 (70,9%) случаях ОП развился у мужчин, в 7 (29,1%) у женщин. Наличие ИМ в анамнезе выявлено у 10 (41,7%) человек, наличие ОНМК у 7 (29,1%) пациентов, в 18 (75%) случаях неврологом выставлялся диагноз хронической дисциркуляторной энцефалопатии. Острая левожелудочковая недостаточность при поступлении по классификации Killip от 2 и выше зарегистрирована у 16 (66,6%) пациентов. По данным ЭхоКГ ФВ (В) 41,2±14,2%. Размер повреждения миокарда определенный методом подсчета индекса QRS в 12 стандартных отведениях ЭКГ (система обсчета QRS по Wagner G.S. et al) составил 32,2±15,9%. Чаще ОП развивался на 2-е-3-и сутки лечения (2,3±1,1 дня), его продолжительность составляла 4,9±4,6 дня. Болевой синдром до развития делирия регистрировался у 8(33,3%) пациентов, психомоторное возбуждение предшествовало ОП у 16 (66,7%) человек. Всего психомоторное возбуждение наблюдалось у 21 (87,5%) пациентов, дезориентация во времени выявлена среди 19 (79,2%) пациентов, дезориентация в пространстве среди 20 (83,3%), в 2 (8,4%) случаях выявлена дезориентация в личности. В 20 (83,3%) случаях имелись показания для проведения реперфузионной терапии, у 8 (40%) пациентов она не была проведена, а у 4 (40%) пациентов при проведении тромболитической терапии признаков реперфузии получено не было. Рецидив ИМ развился у 8 (33,3%) пациентов. В 5 (20,8%) случаях заболевание осложнилось пневмонией. Летальность среди пациентов с ОП составила 5 (20,8%), в сопоставимой группе 17,2%.

Выводы. Частота развития ОП среди пациентов с Q-ИМ составила 8,2%, в 20,8% случаев заболевания закончилось летальным исходом. Группа больных с ОП характеризовалась средним возрастом 70 лет, значительно чаще ОП развивался при переднем Q-ИМ и сопровождался наличием острой левожелудочковой недостаточности, снижением систолической функции и значительной площадью поражения миокарда.

0554 АНАЛИЗ СОПОСТАВИМОСТИ КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ДАННЫХ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Максютова Л.Ф., Фазлыева Р.М., Максютова С.С., Папкова С.Я., Асадуллина Г.В., Синицына Т.В., Парасюк Е.Г.
ГОУ ВПО «БГМУ ФА ЗО и СР», МУ ГКБ № 5, Уфа, Россия

Цель исследования: изучить зависимость выраженности изменений клиники и данных Эхо- и допплер-кардиографии у пациентов с АГ и ХСН.

Материалы и методы. Было обследовано 42 больных, из них 22 (52,4%) женщины, 20 (47,6%) мужчин, поступивших в экстренном порядке в МУ ГКБ №5 в течение 6 месяцев 2007г. Средний возраст составлял 54,7±5,8лет. Давность АГ составляла 8,5±4,5лет. АГ II степени выявлялась у 23 (54,8%), III- у 19 (45,2%) больных. Признаки ХСН I ФК выявлялись у 8 пациентов (19%), II ФК – у 13 (31%), III ФК – у 16 (38%), IV ФК – у 5 (12%) больных. В динамике оценивались клинические жалобы и объективное состояние больных. Полученные результаты сопоставлялись с данными ЭхоКГ и допплеровского исследования, где оценивались толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП), толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ), фракция выброса (ФВ), скорость трансмитрального кровотока с расчетом отношения Е/А для оценки диастолической функции ЛЖ, масса миокарда ЛЖ (ММЛЖ) и его индекс (ИММЛЖ). Все больные получали стандартную терапию АГ и ХСН.

Результаты. Количественные показатели ЭхоКГ зависели от степени повышения АД и имели статистически достоверные различия. Так, при АГ I степени ТМЖП составляла 13±0,23мм, ТЗСЛЖ – 12,4±0,2мм, ММЛЖ – 164,4±3,8г, ИММЛЖ – 126,8±3,2г/м^2; при АГ II степени указанные параметры имели следующие значения соответственно: 14,1±0,2мм, 13,8±0,22мм, 169,4±2,7г, 144±2,5г/м^2. У больных с III степенью АГ эхопоказатели существенно отличались от нормы и составляли: ТМЖП-15,8±0,2мм, ТЗСЛЖ – 15,6±0,24мм, ММЛЖ – 192,3±4,5г, ИММЛЖ – 156,1±2,1г/м^2. Показатели гипертрофии ЛЖ (ГЛЖ) недостоверно были выше у мужчин, чем у женщин. Причем превалировала концентрическая форма ГЛЖ – в 29 (69%) случаев,

эксцентрическая – у 7 (16,7%) и асимметричная – у 6 (14,3%) пациентов. Отмечалась стойкая достоверная закономерность: чем выше была степень и давность АГ, тем чаще наблюдались более выраженные проявления ХСН и более выраженное снижение ФВ и Е/А, а также показателей теста 6-ти минутной ходьбы и увеличение баллов ШОКС. У 12 (28,6%) больных имела место систолическая дисфункция (СД) ЛЖ, т.е. ФВ у них была ниже 45%.Диастолическая дисфункция (ДД) I типа определялась у всех пациентов, у 50% из них - сочетанная СД и ДД ЛЖ с более выраженными клиническими симптомы ХСН, большим ФК ХСН и большим число баллов ШОКС. В результате проведенного лечения отмечалось улучшение показателей центральной и внутрисердечной гемодинамики, повысилась переносимость физической нагрузки, наблюдалось снижение бальной оценки по ШОКС ($p<0,05$).

Выводы. Таким образом, развитие хронической СД и ДД ЛЖ зависит от степени АД, давности АГ и выраженности ГЛЖ. Пациенты с ДД ЛЖ имеют более благоприятный прогноз течения АГ. ШОКС позволяет объективизировать динамику изменений функциональных возможностей больных ХСН. Адекватный контроль АД у больных с АГ позволяет отсрочить проявления признаков ХСН, оказывая влияние на эхокардиографические параметры ЛЖ.

0555 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЕНЛАФАКСИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Максютова С.С., Муталова Э.Г., Максютова Л.Ф., Фрид С.А., Асадуллина Г.В., Хабибрахманова Н.С., Зыкова Т.А., Кудрявцева И.В., Коржавина Н.А.
ГОУ ВПО «БГМУ ФАЗО и СР», ГГВВ, Уфа, Россия

Цель: установить эффективность и безопасность применения венлафаксина (В) при лечении психогенных депрессий у больных ИБС пожилого возраста.

Методы исследования: были обследованы 36 больных (16 мужчин и 20 женщин) ИБС со стенокардией напряжения 111 ФК и постинфарктным кардиосклерозом пожилого и старческого возраста (средний возраст 74,5±6,8 лет) с патологической реакцией горя в виде развития психогенной депрессии на смерть близкого человека. Продолжительность текущего депрессивного эпизода до начала приема В в среднем составляла 3 месяца. Все больные в дополнение к традиционной терапии получали В в дозе от 75 до 150 мг в сутки в течение 4-х недель. Помимо общеклинической оценки соматического состояния больных в процессе исследования использовались стандартизированные клинические шкалы: шкала Гамильтона (HAMD) по степени редукции баллов, шкала общего клинического впечатления CGI , шкала-интервью UKU для регистрации побочных эффектов.

Полученные результаты: согласно оценке по шкале HAMD по степени тяжести депрессий до начала лечения легкая степень была у 3 (8,3%) пациентов, средняя – у 22 (61,1%), тяжелая – у 11 (30,6%) больных. Эффективность В была достаточно высокой – 84,8% редукции среднего суммарного балла начальной выраженности депрессии по шкале HAMD. Положительный терапевтический эффект отмечался уже к концу первой недели, редукция депрессивных расстройств приближалась к 20%-ной отметке. Отчетливое «умеренное» улучшение (редукция баллов HAMD на 32,4%) наблюдалось уже к 14 дню лечения. На 3-ей неделе терапевтический эффект достиг диапазона «хорошего» и отмечалось снижение значений баллов HAMD на 50% и больше . К окончанию лечения эффект В приближался к «значительному» улучшению, наблюдалась редукция тяжести симптомов депрессии на 75,6%. Тяжесть состояния, оцененная по шкале CGI, к концу наблюдения при лечении В в среднем снижалась с уровня 4,8 до 1,8 (от «значительно выраженной» до менее «слабовыраженной»). Причем заметное снижение тяжести симптоматики отмечено между 7-м и 21-м днями лечения, когда интенсивность проявлений депрессии последовательно снижалась в среднем до умеренно– и слабовыраженной. Выраженное улучшение наблюдалось у 5 (13,8%), значительное улучшение – у 26 (72,2%) пациентов. В процессе курсовой терапии В у 10 (27,8%) больных зарегистрировано 9 случаев развития побочных эффектов разного типа: неврологические эффекты (тремор,парестезии) имели место у 8,3% пациентов, автономные (запор, тошнота, потливость, сухость во рту, усиление саливации, головная боль) отмечались у 16,7% больных.

Выводы: результаты клинического применения В при психогенных депрессиях на смерть близкого человека у больных ИБС пожилого и старческого возраста продемонстрировали его высокую антидепрессивную активность, которая сочеталась с улучшением общесоматического состояния. Широкий спектр и хорошая переносимость В позволяют рекомендовать его в качестве препарата выбора при психогенных депрессиях.

0556 ВЛИЯНИЕ КОМПЕНСАЦИИ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА НА ЦИРКАДНЫЙ РИТМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Макушева М.В.
ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава, Тверь, Россия

Цель. Выявить особенности циркадного ритма артериального давления у больных первичным гипотиреозом (ПГ) в зависимости от компенсации тиреоидного статуса.

Материал и методы. Обследован 217 больной (мужчин-34, женщин-183, средний возраст 53,5 года ПГ и сопутствующей АГ получавших в качестве заместительной терапии левотироксин натрия и стандартную гипотензивную терапию в виде ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента. Всем больным проводилось суточное мониторирование АД с помощью аппарата «Кардиотехника-04», с определением АД днем (д) и ночью (н), а также определялся уровень тиреотропного гормона (ТТГ) и тироксина (Т4св) в крови.

Результаты. Больные были разделены на 3 группы в зависимости от компенсации тиреоидного статуса. 1-ю группу составили 74 больных в состоянии компенсации, средний уровень ТТГ 1,5мМЕ/л, Т4св 14,9пмоль/л; 2-ю – 57 больных субклиническим ПГ, средний уровень ТТГ 6,0мМЕ/л, Т4св 14,5пмоль/л; 3-ю - 86 больных с декомпенсированным гипотиреозом, средний уровень ТТГ 12,2мМЕ/л, Т4св 8,3пмоль/л; группы были сопоставимы по полу и возрасту и существенно различались по уровню ТТГ (все $p<0,001$). У больных 1-й группы уровень систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) на протяжении суток соответствовал норме (САДд 130,0 [123,0; 141,9], САДн 120,3 [114,4; 125,0]; ДАДд 79,2 [75,3; 84,3], ДАДн 72,9 [67,0; 78,0]мм рт.ст.). Показатели САД у больных 2-й группы значимо не отличались от показателей больных 1-й группы. Показатели ДАД были значимо выше (ДАДд 86,3 [79,0; 86,6], ДАДн 77,3 [74,0; 79,2]мм рт.ст.; $p<0,05$), Для больных 3-й группы выявлены значимые отличия как для показателей САД, так и ДАД по сравнению с больными 1-й группы (САд 147,6 [136,0; 156,2], САДн 134,1 [126,8; 138,5], ДАДд 86,3 [82,9; 93,6], ДАДн 80,7 [75,2; 83,2] мм рт.ст, все $p<0,001$).Уровень ночного снижения САД и ДАД (СНССАД, СНСДАД) у больных 1-ой группы соответствовал норме. Уровень СНСДАД у больных 2-й группы был значимо меньше по сравнению с 1-й группой 8,0 [1,1; 12,0] ($p<0,025$), а у больных декомпенсированным ПГ значимо отличались как уровень СНССАД- 2,5 [0,4; 5,6]($p<0,001$), так и СНСДАД- 7,2 [4,4; 8,6] ($p<0,025$). В 1-ой группе больных преобладали дипперы (дипперы-53,5%, недипперы-37,9%), в то время как во 2-ой и 3-й – недипперы (дипперы- 27,2% и 7,9%, недипперы -65,8% и 79,5%; $p<0,025$ и $p<0,001$ соответственно). В 3-й группе отмечалась тенденция к увеличению числа найт-пикеров по сравнению с 1-й и 2-й группами, но данные различия были недостоверны, овердипперы встречались во всех трех группах достаточно редко.

Выводы. По мере декомпенсации тиреоидного статуса у больных ПГ с сопутствующей АГ чаще отмечается нарушение циркадного ритма в виде недостаточного снижения АД в ночные часы или даже его повышение относительно дневных показателей, то есть преобладание недипперов и найт-пикеров Больные

декомпенсированным и субклиническим ПГ, с сопутствующей АГ менее чувствительны к гипотензивной терапии, что отражается в повышенных САД и ДАД в дневные и ночные часы.

0557 АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ПО МАТЕРИАЛАМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ БСМП

Малафеев А.В., Корнева В.А., Дорошин Л.Л., Кузнецова Т.Ю.
Медицинский факультет ПетрГУ, Петрозаводск, Россия; Кардиологическое отделение БСМП, Петрозаводск, Россия

Цель: изучить распространенность факторов риска острого инфаркта миокарда (ОИМ) в г. Петрозаводске.

Материалы и методы: проанализированы годовые отчеты кардиологического отделения БСМП за 2005-2007гг и истории болезни пациентов острым инфарктом миокарда, находившихся на лечении в кардиологическом отделении БСМП за 2007г. БСМП является стационаром, куда госпитализируются все городские пациенты с острым инфарктом миокарда. Диагноз острого инфаркта миокарда устанавливался на основании клиники, данных ЭКГ, лабораторных тестов (тропонин, АЛАТ, АСАТ), в стационаре проводился стандартный набор исследований (анализ биохимических показателей: глюкоза, электролиты, креатинин, липидный спектр, ЭхоКС, стресс-тесты при выписке при отсутствии противопоказаний).

Результаты: ишемическая болезнь сердца (ИБС) составляет около 70% в структуре общей нозологии госпитализированных в кардиологическое отделение (в 2005г – 1075 человек, 70%, в 2006г – 1084 чел., 70,7%, в 2007г – 1137 чел., 74%). Острый инфаркт миокарда бал диагностирован в 2005г у 469 чел. (44% от ИБС), в 2006г у 415 чел. (39% от ИБС), в 2007г у 436 чел. (38,3% от ИБС). Две трети составили трансмуральные инфаркты миокарда (2005г – 362, 77%, 2006г – 283, 68%, 2007г – 297, 68%). Доля повторных инфарктов миокарда стабильно в течение трех лет составляет 10%.

При анализе факторов риска по данным анамнеза, осмотра и показателей липидного спектра были получены следующие данные. Преобладали среди пациентов ОИМ мужчины (63%). Возраст у мужчин более 45 лет составил 93%, у женщин более 55 лет – 86%, таким образом, возраст как самостоятельный фактор риска диагностирован в общей группе в 90% случаев. Отягощенная наследственность по данным анамнеза выявлена в 26%, сахарный диабет диагностирован в 10%, сопутствующая артериальная гипертензия в 78%. Курили 39% пациентов, из них мужчины составили 85%, таким образом, распространенность курения среди мужчин – 53%, среди женщин – 16%. Дислипидемия диагностирована в подавляющем большинстве случаев: повышение общего холестерина более 5,0 ммоль/л в 60%, триглицеридов более 1,7 ммоль/л 58%, повышение ЛПНП более 3,0 ммоль/л в 49%, снижение ЛПВП у мужчин менее 1,0 ммоль/л в 19%, у женщин менее 1,2 ммоль/л в 22%. Ожирение диагностировано в 25%.

Выводы: острый инфаркт миокарда составляет 40% в структуре госпитализированных в кардиологическое отделение БСМП, среди факторов риска ОИМ преобладают корригируемые: артериальная гипертензия в 78%, дислипидемия в 60%, курение в 39% (у мужчин 53%, у женщин 16%), ожирение в 25%, сахарный диабет 10%. ахарный диабет диагностирован в 10%. анамнеа выявлена диагностирован в 10% случаева были получены следующие данные: ление (ри

0558 ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У БЕРЕМЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Малиновская Е.С.
Государственное учреждение «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины», Киев, Украина

Толерантность к физической нагрузке (ФН) и миокардиальный резерв в значительной степени определяют прогноз и объем необходимой терапии у кардиологических больных. Существенное влияние толерантность к ФН оказывает и на течение беременности и родов у больных с врожденными пороками сердца (ВПС). В связи с этим изучение миокардиального резерва и переносимости ФН приобретает особую актуальность у такой категории больных.

Целью исследования явилось оценить толерантность к ФН по данным теста с шестиминутной ходьбой (ТШХ) и велоэргометрии (ВЭМ). Обследованы 145 беременных, поступивших в отделение акушерской кардиологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины. ВПС диагностированы у 103 женщин. 42 здоровых беременных составили группу контроля. Для определения толерантности к ФН проводили ТШХ и ВЭМ. В зависимости от пройденной во время ТШХ дистанции больные с ВПС были распределены на функциональные классы ходьбы (КХ): 34 (33,0%) беременных прошли 452,7±13,5 м и составили I КХ, 56 (54,4%) – 377,3±17,4 м (II КХ) и 13 (12,6%) –297,5±15,7 м (III КХ). Установлены достоверные различия ($p<0,05$) как по данным ТШХ, так и ВЭМ в значениях показателя гемодинамической эффективности выполненной работы (ПД2/А), который при проведении ТШХ составил 1,48±0,06 усл..ед. у больных I КХ, 1,72±0,08 усл..ед. во II КХ и 2,76±0,23 усл..ед. в III КХ. При выполнении ВЭМ этот показатель в 1 группе был существенно ниже (0,85±0,12 усл..ед.) по сравнению с данными 2 (1,14±0, усл..ед., $p<0,05$) и 3 (1,35±0,09 усл..ед., $p<0,05$) групп.

По результатам ВЭМ беременные 1 группы продемонстрировали большую пороговую мощность (62,0±4,6 ватт), уровень выполненной работы (2286,5±171,8кГм), длительность нагрузки (9,4±0,4 мин.) при более низких значениях показателя гемодинамической эффективности выполненной работы по сравнению с данными 2 и 3 групп (50,0±2,6 ватт, 1494,5±131,6 кГм, 7,6±0,7 мин. и 47,0±3,3 ватт, 1160,0±95,3, 5 кГм, 7±0,3 мин.) соответственно.

Данные соматически здоровых беременных по всем показателям ТШХ и ВЭМ достоверно отличались от больных с ВПС.

Установлен высокий уровень корреляции между различными показателями ТШХ и ВЭМ, что дает возможность применять оба нагрузочных теста, а при отсутствии необходимой аппаратуры и подготовленного персонала более широко использовать безопасный и доступный ТШХ.

Таким образом, у беременных с ВПС отмечается значительное снижение миокардиального резерва и толерантности к физической нагрузке.

Высокий уровень корреляции между различными показателями ТШХ и ВЭМ позволяет рекомендовать для использования у беременных безопасный и физиологичный ТШХ.

0559 ИНФАРКТ МИОКАРДА И РАННИЙ ПОСТИНФАРКТНЫЙ ПЕРИОД: КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ МИОКАРДА, ВОЗМОЖНОСТИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Малиновская И.Э., Шумаков В.А., Терешкевич Л.П.
Национальный научный центр “Институт кардиологии им. Н.Д.Стражеско” АМН Украины, Киев, Украина

Одним из основных принципов лечения больных инфарктом миокарда является раннее и комплексное проведение мероприятий, направленных на возврат больных к активной деятельности и снижению инвалидизации. Контроль за адекватным проведением медикаментозной и тренирующей терапии при стандартизации бытовых нагрузок ускоряет восстановление остаточной работоспособности, необходимой для выполнения трудового процесса и ресоциализации больных. В этой связи своевременная диагностика и коррекция выявленных изменений направлены не только на благоприятное течение острого инфаркта миокарда, но и долгосрочного прогноза. Нарушения обмена липидов и липопротеинов крови с повышением атерогенного потенциала плазмы и активности системного воспаления с развитием оксидантного стресса приводят к формированию эндотелиальной дисфункции, которая является обязательным нарушением у больных ИБС. Ее органическому поражению, как правило,

предшествуют нарушения вазорегулирующей функции. Не всегда возможно установить последовательность изменений, приводящих к клинической манифестации. Целью исследования явилось оценить взаимосвязь между клинико-функциональными нарушениями в раннем постинфарктном периоде и обосновать оптимальные пути их коррекции. Обследованы 52 больных, которым на 15-17 день инфаркта миокарда, через 3 и 6 месяцев кроме клинического состояния и биохимических показателей оценивали толерантность к физической нагрузке на основании велоэргометрии, гемодинамические показатели с помощью двумерной эхокардиографии и эндотелиальную дисфункцию по показателю прироста диаметра плечевой артерии в ответ на реактивную гиперемию. При первом обследовании у всех пациентов было установлено существенное уменьшение толерантности к физической нагрузке, которое характеризовалось невысоким уровнем выполненной работы и снижением гемодинамической эффективности единицы выполненной работы; нормальную реакцию плечевой артерии на компрессию зарегистрировано только у 3 пациентов. Изменения прироста скорости кровотока в плечевой артерии расценивали как весомые при их динамике свыше 10% по сравнению с исходными данными. В дальнейшем происходило восстановление функции эндотелия: ко 2-му обследованию нормальная реакция на гиперемию возникла у 9, к 3-му – у 20 больных. За этот период показатель прироста скорости кровотока в плечевой артерии увеличился с 6,22±0,66 до 12,47±1,07%, при этом он увеличился у 78,1% пациентов, не изменился - у 12,5% и снизился у 9,4%. В зависимости от динамики фракции выброса больные были разделены на три подгруппы. Установлена зависимость между характером направленности фракции выброса и показателем прироста диаметра плечевой артерии: у пациентов со снижением в динамике фракции выброса отмечено усугубление эндотелиальной дисфункции и замедление прироста объема выполненной работы (с 31,5±5,51 до 65,5±10,3 кГм) по сравнению с подгруппой с благоприятной динамикой (с 28,1±3,7 до 91,4±5,5 кГм). Таким образом, проводимая терапия способствовала позитивной динамике у большинства больных гемодинамических показателей и восстановлению эндотелиальной функции, что сопровождалось повышением переносимости физических нагрузок.

0560 ПОКАЗАТЕЛИ КАРДИО- И ГЕМОДИНАМИКИ, ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ И КОСТНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОК С КАЛЬЦИФИКАЦИЕЙ БРЮШНОЙ АОРТЫ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Маличенко С.Б., Халидова К.К.
Кафедра клинической и социальной гериатрии ФПК МР РУДН, Москва, Россия

Известно, что две трети женщин, внезапно умерших от ИБС, не имеют никаких предшествующих признаков. В этой связи актуальным и перспективным на современном этапе является выявление новых показателей, определяющих прогноз сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы. Обследовано 527 женщин в возрасте старше 65 лет (68,3±3,2) с физиологической менопаузой более 5 лет (18,5±2,1) и остеопорозом (Т-критерий -3,27±0,11 SD в зоне L1-L4 (по рекомендации ВОЗ, 1998)) и артериальной гипертензией II степени (Европейские рекомендации по АГ, 2007), получающих антигипертензивную терапию ингибиторами АПФ и диуретиками (кроме тиазидовых). Все женщины были сопоставимы по общему и семейному анамнезу АГ, употребляемому количеству соли, пищевых ингредиентов, массе тела и уровню физической активности. В исследование не включали женщин с другими метаболическими заболеваниями костей, онкозаболеваниями, заболеваниями щитовидной и паращитовидной желез, получавших лечение препаратами, влияющими на костную ткань. Минеральная плотность костной ткани (МПК) определялась на аппарате “Discovery W” (“Hologic”, США). Наличие кальцинатов брюшной аорты (КБА) - с помощью программы мгновенной оценки позвоночника (IVA) на том же аппарате и подтверждали на компьютерной томографии. Для определения тяжести КБА использовали метод КБА-8 (Schousboe, Wilson и Kiel, 2001). ЭхоКГ проводилась на аппарате “Sequoia 512” (Acuson, USA). Определялись липидный спектр, 25-ОН-Витамин D и ПТГ сыворотки крови. Набор пациенток в исследование проводился в течение двух месяцев для исключения из анализа сезонных изменений уровня кальцийрегулирующих гормонов.

Полученные результаты. Обследование выявило КБА у 318 женщин (60,3%). По данному признаку женщины были разделены на две группы. I группу составили 150 пациенток с тяжелой КБА, II группу - 168 пациенток с умеренной КБА. Исследование параметров кардиогемодинамики выявило у пациенток I группы достоверно более низкие значения сердечного индекса (СИ) - 2800±66,7, скорости укорочения циркулярных волокон (VSF) - 0,84±0,07, и повышенные значения удельного периферического сопротивления (УПС) - 3437±117, жесткости миокарда (ЖМ) - 0,98±0,11 и массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) - 156,3±4,86. Снижение степени КБА сопровождалось менее выраженными нарушениями контрактильно-релаксационной функции миокарда, так во II группе эти показатели составили соответственно: 2950±70,8; 0,97±0,07; 3223±123; 0,82±0,09 и 148,1±5,14. Анализ уровня кальцийрегулирующих гормонов выявил достоверно низкий уровень витамина D в I группе (44,21±11,24 нмоль/мл), что на 25,6% было ниже, чем во II группе (59,42±14,19 нмоль/мл). Уровень ПТГ у женщин I группы был на 13,9% выше, чем во II группе: 8,29±0,16 пмоль/л и 7,14±0,19 пмоль/л соответственно. У всех пациенток была выявлена атерогенная дислипидемия: в среднем повышение ЛПНП (5,34±1,23 ммоль/л) и снижение ЛПВП (0,92±0,11 ммоль/л). Анализ зависимости липидного профиля крови от степени КБА установил у женщин с умеренной КБА достоверно более высокие значения ЛПВП на 25%, $p<0,05$ превышающие значения данных показателей в I группе и ТГ (на 18%, $p<0,05$) соответственно. Методом линейной регрессии была выявлена достоверная взаимосвязь степени КБА с уровнем витамина D ($r= -0,64$, $p<0,05$), ПТГ ($r=0,72$, $p<0.05$), ЛПНП ($r=0,53$, $p<0,05$), параметрами гемодинамики: СИ ($r=-0,71$, $p<0,05$), (VSF $r=-0,79$ $p<0,05$), УПС ($r=0,77$, $p<0,05$), ЖМ ($r=0,74$, $p<0,05$), ММЛЖ ($r=0,69$, $p<0,05$).

Выводы. Таким образом, у пациенток с кальцификацией брюшной аорты степень нарушений насосно-сократительной функции миокарда, показателей липидного профиля крови и кальцийрегулирующих гормонов достоверно и значимо зависел от степени тяжести КБА.

0561 ВАЗОАКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ КАЛЬЦИЙРЕГУЛИРУЮЩИХ ГОРМОНОВ У ЖЕНЩИН С ОСТЕОПОРОЗОМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Маличенко С.Б., Халидова К.К., Гоголева Т.В, Нелюбин В.Н.
Кафедра клинической и социальной гериатрии ФПК МР РУДН, Москва, Россия

Дефицит кальция и нарушение ремоделирования костной ткани в постменопаузе приводят к изменениям в сердечно-сосудистой системе: усилению гипертрофии миокарда ЛЖ, уменьшению эластичности артерий и формированию АГ.

Методы исследования. Обследовано 407 женщин в возрасте старше 60 лет (67,3±3,2), в постменопаузе более 5 лет (7,2±2,1) с постменопаузальным остеопорозом (Т-критерий -3,27±0,11 SD в зоне L1-L4) и АГ II степени (Европейские рекомендации по АГ, 2007), получающие ингибиторы АПФ и диуретиками (кроме тиазидовых). Все женщины были сопоставимы по анамнезу АГ, употребляемому количеству соли, пищевых ингредиентов, массе тела и уровню физической активности. В исследование не включали женщин с другими метаболическими заболеваниями костей, онкозаболеваниями, заболеваниями щитовидной и паращитовидной желез, получавших лечение препаратами, влияющими на костную ткань. Оценивались состояние костной ткани, данные ЭХО-КГ, липидный спектр, 25-ОН-Витамин D и ПТГ сыворотки крови. В зависимости от уровня витамина D все пациентки были разделены на три группы: I группу составили 147 (36,1%) женщин с самым низким уровнем витамина D, значения которого не достигали референсной нормы, т.е. <47,7 нмоль/л); II груп-

пу составили 189 (46,5%) женщин с низкими значениями, находящимися в пределах референсной нормы (47,7–96,2 нмоль/л); и III группу - 71 (17,49%) женщина со значениями, соответствующими верхним границам референсной нормы (96,2–144,0 нмоль/л).

Полученные результаты. Анализ уровня ПТГ выявил статистически достоверный максимальный уровень ПТГ в I группе (9,23±0,19 пмоль/л), минимальный уровень в III группе (7,12±0,21 пмоль/л). Уровень ПТГ во II группе составил 8,52±0,17 пмоль/л. У всех женщин была выявлена атерогенная дислипидемия (у 75,7% - II А типа, у 24,3% - II Б типа). Анализ зависимости липидного профиля крови от уровня витамина D установил наименьшие значения ЛПВП (1,03±0,05) в I группе, наибольшие (1,29±0,06) -в III группе. Во II группе уровень ЛПВП составил 1,16±0,06 (p<0,05). В среднем по группам исследование тромбоцитарно-сосудистого гемостаза выявило повышение средних значений амплитуды спонтанной агрегации тромбоцитов до 85,98±7,2% и АДФ - индуцированной - до 98,27±3,4%. У 73,2% женщин был повышен уровнь фибриногена (4,3±1,09 г/л), у 76,2% - снижена фибринолитической активности крови. Максимальные нарушения параметров гемостаза отмечались в I группе, а минимальные – в III группе пациенток. При анализе изменений показателей кардиогемодинамики установлены достоверные различия. В I группе отмечалось максимальное снижение сердечного индекса (СИ) 2845±62,2, скорости укорочения цирку-лярных волокон (VSF) 0,85±0,03; повышение удельного периферического сопротивления (УПС) 3443±121, жесткости миокарда (ЖМ) 0,99±0,07 и массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) 157,5±4,73. Повышение уровня витамина D сопровождалось улучшением контрактильно-релаксационной функции миокарда, так в III группе эти показатели составили соответственно: 2953±71,7; 0,96±0,09; 3253±124, 0,78±0,07 и 149,3±4,19, (p<0,05). При исследовании прослеживалась отрицательная взаимосвязь E и % DS, VSF (r=-0,63, p<0,05; r=-0,41 p<0,01). Методом линейной регрессии была выявлена высокой степени достоверности взаимосвязь уровня витамина D и ПТГ (r=-0,77, p<0,05), ЛПНП (r=-0,53, p<0,05), фибриногена (r= -0,74, p<0,05) СИ (r=0,71, p<0,05), VSF (r=0,79, p<0,05), ЖМ (r= -0,66, p<0,05), УПС (r=-0,77, p<0,05), ММЛЖ (r=-0,69, p<0,05).

Вывод. Полученные данные согласуются с результатами проведенных ранее исследований, свидетельствующих о кардиотропных эффектах ПТГ и кальцидола.

0562 ВАЗОАКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ АЛЬФАКАЛЬЦИДОЛА У ПАЦИЕНТОК С НАРУШЕНИЕМ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Маличенко С.Б., Халидова К.К., Гоголева Т.В., Нелюбин В.Н.
Кафедра клинической и социальной гериатрии ФПК МР РУДН, Москва, Россия

В последние годы внимание исследователей обращено к изучению роли нарушений кальциевого гомеостаза в развитии не только остеопороза, но и других заболеваний, характер-ных для пожилого и старческого возраста, таких как атеросклероз, ИБС, гипертоническая болезнь, нарушение мозгового кровообращения, заболевания позвоночника и суставов.

Методы исследования. Обследовано 407 женщин в возрасте старше 60 лет (67,3±3,2) в постменопаузе более 5 лет (7,2±2,1) с постменопаузальным остеопорозом (Т-критерий -3,27±0,11 SD в зоне L1-L4) и артериальной гипертензией II степени (Европейские рекомендации по АГ, 2007), получающих терапию ингибиторами АПФ и диуретиками (кроме тиазидовых). Все женщины были сопоставимы по анамнезу АГ, употребляемому количеству соли, массе тела и физической активности. В исследование не включали женщин со вторичным остеопорозом и получавших лечение препаратами, влияющими на костную ткань. В ходе исследования все пациентки в течение 24 месяцев получали Кальцемин-адванс по 2тб в сутки, 1 капсулу (400 МЕ) Альфа D3-ТЕВА. Оценивались состояние костной ткани, данные ЭХО-КГ, липидный спектр, 25-ОН-Витамин D и ПТГ сыворотки крови, агрегация тромбоцитов. По уровню витамина D все пациентки были разделены на три группы: I группу составили 147 (36,1%) женщин с минимальным уровнем витамина D, значения которого не достигали референсной нормы, т.е. <47,7 нмоль/л); II группу - 189 (46,5%) женщин со значениями, находящимися в нижних пределах референсной нормы (47,7–96,2 нмоль/л); и III группу - 71 (17,49%) женщина со значениями, соответствующими верхним границам референсной нормы (96,2–144,0 нмоль/л). Исходно у пациенток I группы отмечались достоверно более значимые нарушения насосно-сократительной функции миокарда, показателей липидного спектра и тромбоцитарно-сосудистого гемостаза.

Полученные результаты. На фоне проводимой терапии у всех женщин обнаружены позитивные сдвиги липидного спектра крови, показателей тромбоцитарно-сосудистого гемостаза и эхокардиографических параметров. Наиболее выраженные позитивные изменения уровня ПТГ в результате 24 месячного лечения были обнаружены в I группе 6,75±0,12 пмоль/л (Δ -26,9%) по сравнению со II 8,55±0,7 (Δ-17,3%) и III 7,05±0,9 (Δ-10,8%) группами. При анализе уровня ЛПНП в I группе Δ снижения составила -4,7% во II и III группах соответственно: -3,9% и -3,3% (p<0,05). Отмечалось снижение средних значений спонтанной агрегации тромбоцитов до 77,91±5,52% и АДФ - индуцированной - до 82,23 ±1,6%, уровня фибриногена (3,6±0,5 г/л), повышение фибринолитической активности крови до 3,5±0,18 (Δ 6,1%). При анализе изменений показателей кардиогемодинамики на фоне лечения установлены наибольшие позитивные сдвиги в I группе пациенток. Отмечались достоверно более выраженные улучшения сердечного индекса (СИ) Δ +15,8%, скорости укорочения циркулярных волокон (VSF) Δ +21,2% по сравнению с женщинами III (11,5%, 8,3%) и II (15,6%, 17,4%) групп соответственно. Жесткость миокарда (ЖМ) наилучшие сдвиги претерпела в I группе (Δ -18,8%) по сравнению со II (Δ -14,1%) и III (Δ -12,0%) группами (p<0,01). Для массы миокарда левого желудочка ММЛЖ и ремоделирования сердца различия между группами были недостоверны.

Выводы. Длительное лечение препаратами кальция и альфакальцидолом вызывает статистически достоверные позитивные изменения липидного спектра крови, уровня ПТГ, параметров кардиогемодинамики и тромбоцитарно-сосудистого гемостаза у пациенток с нарушением ремоделирования костной ткани при постменопаузальном остеопорозе, максимальные в группе пациенток с исходно минимальными значениями кальцидиола.

0563 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЕНДРОНАТА (ФОСАМАКСА) ПРИ ТРАДИЦИОННОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА И ПРИ ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКЕ ПАЦИЕНТОК С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.

Маличенко С.Б., Гоголева Т.В., Халидова К.К., Нелюбин В.Н.
Кафедра клинической и социальной гериатрии ФПК МР РУДН, Москва, Россия

Остеопороз (ОП) является одной из ведущих проблем в пожилом возрасте вследствие высокой распространенности, инвалидизации и смертности от осложнений.. Общие механизмы патологии обусловливают развитие практически у всех больных с ОП заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС). Успешное лечение данной категории больных возможно только при эффективном сотрудничестве врача и хорошо обученного, адекватно мотивированного больного. В этой связи актуальной является сравнительная оценка эффективности длительной терапии алендронатом при традиционном ведении пациентов и при многоуровневой образовательной поддержке.

Материалы и методы: обследовано 120 женщин старше 60 лет (63,4±3,4 лет) в постменопаузе более 5 лет (12,8±4,4 лет) с постменопаузальным ОП (TL1-L4= -3,2±0,6SD, TNeck= -2,1 ± 0,6SD) и патологией ССС (АГ – у 100%, ИБС – у 100%). Пацие-

нтки были распределены в 2 сопоставимые группы по 60 чел. Всем женщинам было назначено лечение алендронатом (70 мг в неделю), элементарным кальцием (500 мг) и витамином D (400 МЕ) в сутки. Период терапии составил 24 месяца и включал 8 визитов (исходно, через 3, 6, 9, 12, 15, 18, 24 месяца). Пациентки 2 группы во время плановых визитов проходили групповое многоуровневое обучение в школах-семинарах. Во время каждого визита оценивались клинические параметры, индекс боли по ВАШ, качество жизни (SF-36). Биохимические маркеры костного обмена (С-концевой телопептид (СКТ) остеокальцин, ПТГ, кальцитриол) определялись исходно, через 3,6,12,18 и 24 мес. Минеральная плотность костной ткани (МПК) в поясничном отделе, шейке бедра, наличие новых переломов оценивались исходно, через 12 и 24 месяца. методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DXA) на приборе Discovery W, фирмы Hologic с программой IVA. Степень тяжести компрессионных переломов определялась полуколичественным методом по Genant.

Результаты: 2-х летний курс лечения завершили 88 женщин (73,3%), 32 – выбыли из исследования: 24 чел. – из 1 группы (2 - в связи с нежелательными явлениями (НЯ), 22 –отказ) и 8 чел. – из 2 группы (у 2-х. – НЯ, 6 - отказ). Для анализа эффективности использовалась выборка пациенток, завершивших 2-х летнее лечение. Достоверное повышение МПК в поясничных позвонках было отмечено в обеих группах уже через год терапии. при статистически значимом ($p<0,05$) отличии данного показателя между группами. Во 2 группе повышение МПК в поясничном отделе к концу лечения составило – 6,2±1,1%, по сравнению с 5,7±0,9% в 1 группе. Статистически значимое повышение МПК в шейке бедра также отмечалось в обеих группах к концу исследования при достоверно ($p<0,05$) более выраженной динамике во 2 группе и составило во 2 группе 3,6±1,0%, в 1 группе – 3,0±0,7%. У 2-х пациенток из 1 группы при повторной (через 1 год) денситометрии было выявлено по 1 перелому (Th12 2 ст.- индекс по Genant 0,74; L1 1 ст. - индекс по Genant 0,76). Снижение уровня СКТ (маркера резорбции костной ткани) отмечалось в обеих группах уже через 3 месяца лечения и не прекращалось в течение всего периода исследования. Медианы уровня СКТ уменьшились на 60,5% в 1 группе и 67,7% во 2 группе. Уменьшение индекса боли достигло достоверных значений ($p<0,05$) через 9 мес. лечения в обеих группах при достоверно лучшей динамике его во 2 группе ($p<0,01$). К концу исследования индекс боли уменьшился в 1 группе на 61,6%, во 2-й – на 70,7%. Анализ шкал SF-36 показал достоверное ($p<0,01$) улучшение показателей общего здоровья и жизнеспособности, психического здоровья во 2 группе. Анализ конечных результатов кардиогемодинамики выявил достоверное улучшение сердечного индекса, уменьшение жесткости миокарда, снижение уровня систолического давления и урежение ЧСС в обеих группах при достоверно лучшей динамике во 2-й группе.

Выводы: информационно-образовательная поддержка позволяет достичь статистически значимых результатов в комплексной терапии больных с постменопаузальным ОП и сочетанной патологией ССС, что свидетельствует о повышении приверженности пациента терапии.

0564 ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР ПЛАЗМЫ КРОВИ И СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Малых И.А., Тарасова М.А., Кляшев С.М, Кляшева Ю.М., Кортусова С.А.
ГОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» Росздрава, Тюмень, Россия

Цель: Оценить показатели липидного спектра плазмы и степень выраженности факторов риска развития кардиоваскулярных заболеваний у пациентов с анкилозирующим спондилитом (АС).

Материалы и методы: Обследован 71 больной мужского пола с достоверным АС. Средний возраст пациентов составил 38,6±1,7 лет. Длительность заболевания АС 11,7±0,7 лет. В контрольную группу включены 30 практически здоровых мужчин, сопоставимых по возрасту. Определение в плазме общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестрина липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП) проводили ферментативным методом с помощью реактивов фирмы «HUMAN» (Германия) на биохимическом анализаторе Humalyzer-2000 (Германия). Расчётным путем по формуле Friedewald получали значения холестерина липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП). Для оценки риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) связанных с атеросклерозом использовали европейскую модель разработанную в рамках проекта SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation), с учетом особенностей для российской популяции, в соответствии с рекомендациями Всероссийского научного общества кардиологов (2004). Для вычисления величины суммарного сердечно-сосудистого риска (сССР) применяли электронную версию системы – калькулятор SCORE. При расчете оценивались следующие факторы: пол, возраст, курение, значения систолического артериального давления (САД) и (ОХС). Результат выражался в процентах. Критерием высокого риска развития фатальных ССЗ служила величина 5% и выше.

Результаты: У 42 (59,1%) больных АС выявлена гиперхолестеринемия. Гипертриглицеридемия диагностирована у 28 (39,4%) пациентов с АС. Показано, что у больных в группе АС наблюдалось значимое повышение содержания ОХС и повышенный уровень ТГ в сравнении со здоровыми ($p<0,001$). При оценке уровня ХСЛПНП в плазме показано, что он был достоверно выше в группе больных АС по сравнению со здоровыми ($p<0,001$). Отмечено достоверное увеличение отношения (ОХС-ХСЛПВП)/ХСЛПВП в группе АС по сравнению с группой здоровых лиц ($p<0,001$). Уровни ХСЛПНП>115 мг/л и ХСЛПВП<39 мг/л, встречались чаще у больных с АС ($p<0,001$). Необходимо отметить, что уровни ТГ>180 мг/л, наблюдались чаще в группе АС в сравнении с группой здоровых лиц ($p<0,001$). При определении сССР по шкале SCORE, показано, что он был существенно выше у больных АС по сравнению с группой здоровых лиц ($p<0,001$). Причем в группе АС средний показатель сССР был выше 5 % и оценивался как высокий риск развития фатальных ССЗ в данной группе обследованных.

Выводы: Таким образом, в группе больных АС были отмечены существенные изменения показателей липидного спектра плазмы крови, значимое повышение атерогенных фракций липопротеидов, выявлен высокий риск развития фатальных ССЗ в данной группе обследованных.

0565 КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ТИПИЧНОЙ ПРАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В СТАЦИОНАРАХ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Мальчикова С.В., Тарловская Е.И.
Кировская государственная медицинская академия, Киров, Россия

Цель: изучить клиническую и экономическую эффективность лечения больных с артериальной гипертонией (АГ) в условиях реальной стационарной практики в Кировской области.

Материалы и методы. Клинико-экономический анализ проводился ретроспективно по данным из 270 историй болезни больных АГ (средний возраст 55,7±12,7 лет), госпитализированных в 2006 году. Из них – 36% мужчин и 64% женщин.

Результаты. Основными причинами направления в стационар по поводу АГ явились: неконтролируемая АГ – у 67,5%, гипертонический криз – у 30%, обследование - 2,5% пациентов. До поступления в стационар лечились 82,2% больных, из них 21,1% нерегулярно. За время госпитализации достоверно снизился уровень АД с 173,1/102,5 до 134,6/81,5. Частота достижения целевого АД составила 48,1%, причем он был достигнут в среднем на 9 день стационарного лечения. При оценке тактики врача выяснилось, что монотерапию получали исходно 12,5% больных и 5% при выписке; 2 препарата – 35 и 32,5% соответственно; 3 препарата - 42,5 и 37,5%; 4 препарата – 10 и 22,5%; 5 препаратов – 2,5% при выписке. Среди назначаемых гипотензивных средств 83,3% приходилось на долю ингибиторов АПФ

(иАПФ); 76,7% - бета-блокаторов (ББ); 70,7% - тиазидных диуретиков (ТД); 24,4% - антагонистов кальция (АК); 5,6% - клофелин.

Общие затраты (за год) на лекарственные средства (ЛС) составили 187295, 36 руб., на одного пациента - 693,7 руб. Траты, не связанные с лечением АГ – 560,8 руб. Для оценки оптимальности использования лекарственных препаратов в лечении АГ нами был осуществлен ABC- и VEN-анализ. Из 151 препарата в группу жизненно важных (V) вошли 55 (36,4%) препаратов. В группу необходимых (E) вошло 31 (20,5%) препарата. Группа второстепенных препаратов была представлена 65 (43,1%) препаратом, что в 4 раза превышает рекомендуемые назначения. В группу «А» вошли 22 ЛС, большинство из которых относились к препаратам с недоказанной эффективностью. Первое место по величине затрат занимал натрия хлорид (28,7%). Вместе с тем жизненно важные препараты, такие как эналаприл, индапамид, симвастатин оказались в структуре затрат лишь после 8 строки.

Выводы: основной причиной госпитализации остается неконтролируемая АГ вследствие нерегулярного или неадекватного лечения на амбулаторном этапе.

Причинами недостаточной эффективности в достижении целевого АД являются: 1) отсутствие увеличения доз в должном объеме; 2) частое использование нерациональных комбинаций (иАПФ + ББ); 3) низкий процент назначения АК; 4) недостаточное использование жизненно необходимых препаратов и трата денежных средств на «второстепенные» лекарственные средства с сомнительным эффектом.

0566 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В ТРЕХ ВОСТОЧНО-ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАНАХ И ЕЕ СВЯЗЬ С СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ

Малютина С.К.[1], Bobak M.[2], Pajak A.[3], Kubinova R.[3], Никитин Ю.П.[1], Денисова Д.В.[1]

НИИ терапии СО РАМН[1], Новосибирск, Россия; University College[2], London, UK; Jagiellonian University[3], Krakow, Poland; National Institute of Public Health[4], Prague, Czech Republic

Цель. Изучить ассоциации артериальной гипертензии (АГ) и уровня контроля артериального давления (АД) с социально-экономическими факторами в трех Восточно-европейских странах в период трансформации общества.

Методы. В рамках проекта “Детерминанты сердечно-сосудистых заболеваний в Восточной Европе” (HAPIEE Project) обследованы репрезентативные выборки мужчин и женщин в возрасте 45-69 лет в Новосибирске (Россия), Кракове (Польша) и шести центрах в Чехии в период 2002-2005гг. (n=28947). Для оценки артериального давления использовали среднее из трех измерений. 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. Оценивали следующие социально-экономические индикаторы: образование, семейный статус, уровень материальной депривации, отношение к социальным изменениям в период 1989-2002 (в экономической активности, доходе, материальных обстоятельствах и социальном положении). Применяли мультивариантную логистическую регрессию (при стандартизации по основным факторам риска ССЗ).

Результаты. Распространенность АГ в обследованных популяциях 45-69 лет варьировала у мужчин от 63% (Новосибирск) до 73% (Чешские центры) и у женщин от 56% (Краков) до 67% (Новосибирск). В объединенных мультивариантных моделях низкий уровень образования ассоциировался с увеличением риска АГ по сравнению с высшим образованием (OR от 1,14 до 1,28; p<0,001–0,019). Семейный статус не был независимо от других факторов ассоциирован с АГ. Относительно экономической активности, индивидуальная деятельность или владение компанией снижали риск АГ на 25%, в то время как у домохозяек, пенсионеров (женщины) и безработных мужчин риск гипертензии пограничнo возрастал. Эксцесс-риск АГ в связи с материальной депривацией и негативной реакцией на социальные изменения нивелировался при стандартизации по образованию. Пропорция эффективно леченных гипертензивных лиц была наиболее низкой в российском центре (8% для мужчин и 16% для женщин) и наиболее высокой в Польше (15% и 26%, соответственно, p<0,001). В объединенном анализе низкий уровень образования был связан с худшим контролем АД у мужчин и женщин (OR от 0,62 до 0,83; p<0,01). Пенсионеры обоих полов и разведенные женщины имели наиболее высокий показатель контроля АД независимо от других факторов. У мужчин материальная депривация независимо ассоциировалась с низким контролем АД.

Выводы. В обследованных восточно-европейских популяциях артериальная гипертензия и уровень контроля артериального давления независимо ассоциированы с социально-экономическими индикаторами.

Исследование и анализ поддержаны грантами Wellcome Trust и РГНФ(08-06-00667а).

0567 СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС, КАК ОДИН ИЗ СТИМУЛЯТОРОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА

Мамаштавришвили Н. Д. Саникидзе Т. А. Квирквелия А. А. Абашидзе Р. И.

Тбилисский Государственный Университет, НИИ кардиологии им. М.Д. Цинамдзгвришвили, Тбилиси, Грузия

В последние годы важное значение в развитии хронической сердечной недостаточноси (ХСН) придается интенсификации процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ). Его продукты могут вызвать коронарную вазоконстрикцию в результате снижения секреции оксида азота, способствуют структурной модификации липидного бислоя кардиомиоцитов с последующим ремоделированием миокарда.

Целью исследования явилось изучение окислительных процессов у 87 больных ХСН различной этиологии, типа и тяжести методом электронного парамагнитного резонанса (ЭПР).

Выявлено, что параметры свободнорадикального окисления при ХСН отличаются от таковых показателей контрольной группы и находятся в зависимости как от тяжести клинического течения данной патологии, так и от характера основного заболевания (стенокардия, инфаркт миокарда, постинфарктный кардиосклероз, мерцательная аритмия, артериальная гипертензия).

Установлено, что как для систолической, так и для диастолической ХСН характерно нарушение опосредованного трансферрином механизма извлечения железа из сыворотки крови, что обеспечивает интенсификацию процессов свободнорадикального окисления, в частности перекисного окисления липидов, нарушения целостности мембранных структур и функционирования рецепторов. Инактивация адренорецепторов ограничивает возможность развитии компенсаторно-адаптивных реакций в организме (особенно при диастолической ХСН).

Предполагается, что в результате оксидационного стресса, в ответ на гипоксию наблюдается расстройство HIF-1α зависимой компенсаторной реакций. Это подавляет экспрессию HIF-1α зависимых генов рецепторов эритропоэтина и трансферрина, что препятствует улучшению коронарной микроциркуляции, способствует активации процессов ремоделирования миокарда и отяжелению клинического статуса больных.

Таким образом, снижение содержания свободного оксида азота в крови больных как с систолической, так и диастолической ХСН может быть обусловлено как снижением синтеза NO, так и депонированием его в комплексах с гемоглобином. Образование HbNO, MetHB, а также обусловленное недостатком Fe3+ трансферрина уменьшение интенсивности гемопоэза, вызывают усиление гипоксии и ухудшение общего состояния данного контингента больных.

0568 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАФЕРОНА ЛБ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Мамаштавришвили Н. Д., Саникидзе Т.А., Абашидзе Р.И., Квирквелия А.А.

Тбилисский Государственный Университет, НИИ кардиологии им. М.Д. Цинамдзгвришвили, Тбилиси, Грузия

Хроническая сердечная недостаточность по сей день остается одной из самых распространенных, прогрессирующих и прогностически неблагоприятных патологий сердечно-сосудистой системы. Клеточные и метаболические изменения способствуют появлению у больных этого контингента таких процессов, как станирование, гибернация, нарушение адаптации миокарда к гипоксии. Особенностями метаболизма при станировании являются образование свободных радикалов, которые обладают выраженным повреждающим действием; изменения концентрации внутриклеточного кальция, которые приводят к повреждению сократительного миокарда, нарушению способности кардиомиоцитов синтезировать АТФ.

Целью исследования явилось оценка эффективности действия отечественного препарата Плаферон ЛБ (патент США №WO 02/12444 A2) на окислительно-антиоксидантный баланс крови больных хронической сердечной недостаточностью (II-III ф.к. NYHA) с использованием метода электронного парамагнитного резонанса.

Обследовано 26 больных в возрасте от 35 до 82 лет. Больные были подразделены на две группы: I группа, состоящая из 12 (46%) больных, которым проводилась стандартная терапия и II группа - 14 (54%) больных, которым наряду со стандартной терапией сублингвально назначался Плаферон ЛБ в дозе эквивалентной 1,6 мг белка в сутки в течении 10 дней. Следует отметить, что многостороннее изучение Плаферона ЛБ подтвердило его антиоксидантное, мембраностабилизирующее и иммуномодулирующее действие. Исследования проводились двойным слепым методом с соблюдением правил рандомизации. Полученные данные обрабатывались методом вариационной статистики.

Анализ полученных данных показал, что лечение стандартными препаратами больных хронической сердечной недостаточностью значительно не меняло состояния про - и антиоксидантной системы крови, а под действием Плаферона ЛБ в крови больных значительно увеличивалось содержание Fe3+ трансферрина, снижалось содержание метгемоглобина, ионов Mn2+ и HbNO комплексов, что способствовало снижению интенсивности свободнорадикальных процессов в организме, восстановлению метаболизма железа и кислородно-транспортной функции эритроцитов. Последнее обеспечивает снижение уровня гипоксии и нормализации метаболизма NO в организме, что является одним из факторов, способствующим восстановлению реологических свойств крови и гомеостаза всего организма.

0569 АССОЦИАЦИЯ ИНСЕРЦИОННО-ДЕЛЕЦИОННОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА СО СТРУКТУРНЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ

Мамедова С.И., Колбасин Л.Н.
ГУ НИИ медицинских проблем Крайнего Севера РАМН, Надым, Россия

Цель: изучение ассоциации инсерционно-делеционного полиморфизма гена ангиотензинпревращающего фермента (ACE) с фактом и степенью развития гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) у больных артериальной гипертонией (АГ) на Крайнем Севере.

Материал и методы. Всего обследовано 75 больных (47 женщин, 28 мужчин) с верифицированным диагнозом АГ (ВОЗ/МОАГ, 1999). Средний возраст пациентов составил 49,6±9,1 лет, давность заболевания 11,3±8,4 лет, длительность проживания в районах Крайнего Севера – 28,3±11,3 лет. Всем включенным в исследование проводилась эхокардиография на аппарате «Vivid-3» (США) с расчетом массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) и ее индекса (ИММЛЖ). Экстракцию ДНК проводили с использованием набора реагентов «ДНК-сорб-Б» (Россия) для выделения ДНК из цельной крови. Полиморфизм гена ACE (I/D 287 в.р. intron 16), был исследован методом полимеразной цепной реакции на амплификаторе «Rotor Gene 3000» (Австралия) с детекцией в режиме реального времени в стандартных условиях с использованием соответствующих праймеров.

Результаты. Частота выявления ГЛЖ составила 77,3% (у 63,8% женщин и 36,2% мужчин), аллеля I – 21,4%, аллеля D – 78,6%. В ходе однофакторного дисперсионного анализа выявлена ассоциация средних значений ММЛЖ и ИММЛЖ с генотипами исследуемого гена. Получено, что ГЛЖ имели представители всех генотипов. При этом у пациентов, имеющих II генотип ММЛЖ (371,5±143,8г против 293,1±61,2г и 306,0±113,9г, p=0,0001) и ИММЛЖ были выше, чем у носителей DD и ID генотипов (189,5±53,6г/м^2 против 157,3±31,7г/м^2 и 152,5±43,1г/м^2 , p=0,03 соответственно). При оценке частот генотипов и аллельных частот I/D полиморфизма гена ACE у женщин в зависимости от наличия или отсутствия ГЛЖ установлено достоверное увеличение частоты аллеля D (70,3% против 29,7%, p<0,05) у лиц с наличием ГЛЖ. Показано, что у женщин с генотипом II МЖП, ЗСЛЖ, ММЛЖ и ИММЛЖ были выше, чем у представительниц с генотипом DD. Так, среднее значение МЖП составило 1,4±0,4см против 1,2±0,2см (p=0,01), ЗСЛЖ – 1,3±0,3см против 1,1±0,2см (p=0,02), ММЛЖ – 358,8±172,4г против 257,1±79,7г (p=0,04), ИММЛЖ 192,6±63,9г/м^2 и 136,2±39,0г/м^2 (p=0,04) соответственно. У мужчин значимых различий в частоте распределения генотипов и аллельных вариантов гена ACE не выявлено. Наблюдалась тенденция к преобладанию D аллеля и увеличению ЗСЛЖ, ММЛЖ и ИММЛЖ у лиц с наличием ГЛЖ с генотипом II.

Выводы. Таким образом, проведенное нами исследование показало неоднозначность полученного результата. У больных с генотипом II ИММЛЖ в 1,2 раза был выше, чем у носителей DD и ID генотипов. У женщин с генотипом II МЖП, ЗСЛЖ, ММЛЖ и иММЛЖ выше, чем у носительниц генотипа DD. У мужчин аналогичные изменения имели характер тенденции. Для получения окончательного мнения по данному вопросу необходимы более крупные популяционные исследования со строгими критериями включения.

0570 ЦИТОКИНЫ И ИНФЕКЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Маммаев С.Н., Заглиева С.С., Заглиев С.Г.
Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала, Россия; Медицинский центр «Гепар», Махачкала, Россия

Цель: оценить клиническую информативность системы цитокинов и инфекционных факторов сыворотки крови у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН), обусловленной ишемической болезнью сердца (ИБС).

Методы: обследовано 90 пациентов (мужчин 54, женщин 36),средний возраст 59,1±9,2 лет, с ИБС, осложненной ХСН I-IV ФК по Нью-Йоркской классификации. Контрольную группу составили 25 здоровых добровольцев в возрасте 42±10,2 лет. Всем больным выполнены общеклинические исследования и ЭхоКГ, функциональный класс ХСН определяли по тесту шестиминутной ходьбы и шкале оценки клинического состояния в модификации Мареева В.Ю. (ШОКС). Уровень цитокинов - фактора некроза опухоли-α (ФНО-α), интерферона-γ (ИНФ-γ), интерлейкина-4 (ИЛ-4), а также иммуноглобулинов М (IgM) и G (IgG) к цитомегаловирусу (ЦМВ), вирусу простого герпеса (ВПГ) и к хламидия пневмония (ХП) в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом. Учитывая, что результаты основных клинических и эхокардиографических показателей, характеризующих тяжесть ХСН, достоверно не различались у больных I, II ФК и III, IV ФК они были распределены по 2 группам, соответственно.

Результаты: у всех больных ХСН отмечалось достоверное ($p<0,05$) повышение уровня провоспалительных цитокинов (ФНО-α, ИНФ-γ) и показателей оптической плотности IgG и IgM к ЦМВ, ВПГ в сравнении с здоровыми добровольцами. При этом выявлено недостоверное ($p>0,05$) повышение противовоспалительного цитокина (ИЛ-4) и показателей оптической плотности IgG и IgM к ХП по сравнению с группой контроля. У исследованных больных выявлено закономерное возрастание концентрации цитокинов и инфекционных факторов в зависимости от выраженности сердечной недостаточности. Так, показатели ФНО-α, ИНФ-γ, IgG и IgM к ЦМВ, IgM к ВПГ у больных II группы были достоверно выше, чем в I группе ($p<0,05$), а содержание ИЛ-4 и IgG к ВПГ, IgG и IgM к ХП у больных I группы незначительно различалось от таковых во II группе ($p>0,05$).

Сравнительный анализ уровня цитокинов и показателей оптической плотности исследуемой инфекции, выявил рост содержания ФНО-α, ИНФ-γ по мере повышения показателей оптической плотности IgM к ЦМВ, IgM к ВПГ. Корреляционный анализ выявил достоверные прямые связи между ФНО-α и IgM к ЦМВ ($r=0,56$, $p<0,05$), ИНФ-γ и IgM к ЦМВ ($r=0,48$, $p<0,05$).

Выводы: ХСН у больных ИБС сопровождается повышением уровня ФНО-α, ИНФ-γ, а также наличием и активностью ЦМВ инфекции и ВПГ в сыворотке крови. У больных ХСН ишемической этиологии показатели провоспалительных цитокинов (ФНО-α, ИНФ-γ) достоверно связаны с активностью ЦМВ инфекции, что косвенно свидетельствует о миокардиальной продукции цитокинов в ответ на повреждающее влияние данного вируса.

0571 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ КАРВЕДИЛОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Мамонова Т.Ю., Марков В.А., Удут В.В.
ГУ НИИ фармакологии ТНЦ СО РАМН, ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Целью работы было определение возможности раннего назначения карведилола (К) при остром инфаркте миокарда (ИМ) и изучение его влияния на реперфузионные аритмии (РПА). В рандомизированное открытое контролируемое исследование было включено 60 больных крупноочаговым ИМ, поступивших в первые 12 ч от начала болевого синдрома. Все больные получили тромболитическую терапию (ТЛТ) стрептокиназой, эффективность которой оценивалась по общепринятым косвенным критериям. Больные основной группы (n=29) получали перед проведением ТЛТ 6,25 мг карведилола (оригинальный препарат Дилатренд фирмы ROCHE) сублингвально с последующей плановой терапией в индивидуальной дозе 12,5–50 мг/сут. Больные контрольной группы (n=31) получали традиционную терапию без бета-блокаторов. Обе группы были сопоставимы по основным признакам. Течение заболевания оценивалось при объективном, инструментальном (в том числе ЭхоКГ в динамике) и лабораторном наблюдении, РПА регистрировались мониторированием ЭКГ.

У больных контрольной группы достоверно чаще наблюдались тяжелые аритмии, в частности пароксизмальная желудочковая тахикардия и фибрилляция желудочков: 4 (12,9%) случая в контрольной группе против 0 в основной ($p<0,05$). Чаще встречались пароксизмы фибрилляции и трепетания предсердий (9,7% и 3,5%), желудочковая экстрасистолия > III класса по Lown (41,9% и 24,1%), эпизоды ускоренного идиовентрикулярного ритма (12,9% и 3,5%). Частота эпизодов синусовой брадикардии была почти одинаковой (10,3% в основной группе и 12,9% в контрольной). Значительно чаще у больных основной группы встречались эпизоды АВ-блокады при заднем ИМ – 13,8% против 3,26% ($p>0,05$), но все легко купировались введением атропина в/в. Антиоксидантное действие К подтверждено исследованием концентрации МДА сыворотки крови - отмечено отчетливое снижение со вторых суток заболевания, разница статистически значима с 6-х суток (17,36±2,37 мкМ/л и 29,8±3,6 мкМ/л; $p<0,05$) и сохранялась весь период госпитального наблюдения (21 день). Постинфарктная стенокардия наблюдалась у 56% больных контрольной группы (даже при добавлении антагонистов кальция и нитратов) и лишь у 29% основной ($p<0,05$). В основной группе не было случаев рецидива ИМ, тогда как в контрольной ИМ рецидивировал у 7 человек ($p<0,01$); по сумме конечных точек “смерть” и “рецидив” разница также была достоверной (0 против 10, $p<0,001$). Отмечалось более быстрое и эффективное разрешение симптомов сердечной недостаточности в основной группе, что может быть связано с вазодилатирующим действием К, а также положительная динамика показателей ЭхоКГ. В двух случаях К был отменен на 5–8 сутки из-за бронхоспазма, а еще в двух из-за брадикардии. Таким образом, применение К перед проведением ТЛТ оказывает кардиопротективное действие, что может объясняться сочетанием бета-адреноблокирующего и антиоксидантного свойств препарата. Лечение карведилолом при ИМ хорошо переносится, эффективно устраняет постинфарктную стенокардию и предупреждает рецидивирование ИМ, препарат особенно эффективен при наличии у больных острой левожелудочковой недостаточности.

0572 ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ЖЕНЩИН СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В РАЗНЫХ ФАЗАХ КЛИМАКСА

Манак Н.А., Карпова И.С., Барбук О.А, Соловей С.П., Мацкевич С.А., Кароза А.Е.
Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь

Понимание роли воспаления в атерогенезе привело к появлению новых предикторов обострения коронарной болезни сердца, таких как hsCРБ, индикатор системного воспаления. Вторым воспалительным белком острой фазы является фибриноген (Фг). К иммунологическим маркерам атеросклероза, в частности, относятся показатели иммунитета: иммунные комплексы, антитела к модифицированным окисленным ЛПНП. Целью исследования явилось определение этих показателей у женщин со стабильной стенокардией в разных фазах климакса.

Методы исследования. Обследовано 99 больных со стенокардией напряжения ФК II (средний возраст 53,7±2,73) в периоде климакса (39 человек в перименопаузе – I гр. и по 30 - в ранней – II гр. и поздней постменопаузе – III гр.). В исследование не включались больные с признаками сердечной недостаточности свыше НI, с АГ III ст., ожирением III ст. Контроль составили 20 практически здоровых женщин сопоставимого возраста. Уровень hsCРБ определяли методом иммуноферментного анализа с использование тест-системы фирмы DSL (США). Концентрацию Фг в плазме измеряли методом Клауса по времени образования сгустка в ответ на добавление раствора тромбина. Определение циркулирующих иммунных комплексов (ИК) осуществлялось по методу V. Haskova спектрофотометрически при длине волны 450 нм методом преципитации 3,5% ПЭГ (молекулярная масса 6000). Антитела к окисленным ЛПНП в сыворотке крови определяли с помощью твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест-системы IMMCO Diagnostics (США). Результаты выражали в условных ферментативных единицах (Е/мл).

Результаты. Концентрация hsCРБ превышала уровень 3 мг/л у 21,2% больных в фазе перименопаузы, но чаще наблюдалась у больных в фазе ранней (у 39,1%) и поздней постменопаузы (у 37,9% больных). Уровень Фг был значительно повышен у большинства больных всех исследованных групп (более чем у 80% лиц), но наиболее высоким этот показатель был в I группе пациентов ($p<0,001$). Крупномолекулярные ИК определялись в повышенной концентрации у больных всех групп ($p<0,05$), но наиболее значимое повышение отмечено у больных в фазе ранней постменопаузы. Повышенный уровень антител к окисленным

ЛПНП отмечен в I группе больных (p<0,05), причем показатель был достоверно более высоким, чем в фазе поздней постменопаузы (p<0,001).

Заключение. У женщин со стабильной стенокардией, начиная с фазы перименопаузы, наблюдается активизация процесса атеросклероза, о чем свидетельствует повышение иммунных маркеров агрессии сосудистой стенки. Гиперфибриногенемия, начиная с I фазы гормональной перестройки, способствует гиперагрегации тромбоцитов, эритроцитов, повышению вязкости крови, а продукты его деградации провоцируют пролиферацию гладкомышечных клеток сосудистой стенки. На последующих этапах постменопаузы развивается хроническое субклиническое воспаление сосудистого эндотелия.

0573 ИЗУЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ПРИРОДЫ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ: НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И НОВЫЕ ПОДХОДЫ

Мандельштам М.Ю., Чернобровкина А.К., Липовецкий Б.М., Васильев В.Б.
ГУ НИИ экспериментальной медицины РАМН, Санкт-Петербург, Россия; Институт мозга РАН, Санкт-Петербург, Россия

Наследуемые как аутосомно-доминантный признак гиперхолестеринемии, как правило, обусловлены мутациями одного из трех генов: рецептора липопротеинов низкой плотности (ЛНП), гена аполипопротеина В-100 (АРОВ) и гена пропротеинконвертазы PCSK9. В созданной ранее коллекции ДНК от 74 больных семейной гиперхолестеринемией из Санкт-Петербурга мутации гена рецептора ЛНП, способные вызвать заболевание, были обнаружены у 41 пробанда, а мутации гена АРОВ были исключены у всех пациентов. Целью настоящего исследования являлось установление молекулярной причины реализации фенотипа атерогенной гиперлипидемии у вовлеченных в исследование пациентов. Для достижения цели мы использовали два взаимодополняющих метода. С помощью метода анализа конформационного полиморфизма однонитевых фрагментов ДНК на автоматическом секвенаторе ДНК начато изучение локуса PCSK9 на наличие мутаций среди пациентов с семейной гиперхолестеринемией, у которых ранее были исключены мутации гена рецептора ЛНП. Помимо этого, мы исследовали уровень экспрессии гена рецептора ЛНП в лейкоцитах больных с семейной гиперхолестеринемией с установленными мутациями в гене рецептора ЛНП, а также и у пациентов, у которых мутации кодирующей области и промотора гена рецептора ЛНП были исключены ранее. Для нормирования результатов по оценке уровня экспрессии гена рецептора ЛНП мы использовали конститутивно экпрессируемый ген убиквитина. Специфичность теста при проведении ПЦР в режиме реального времени достигалась применением специально сконструированных флуоресцентно меченных TaqMan зондов. Результаты исследования показали существенное (от двух до трех раз) увеличение содержание мРНК рецептора ЛНП в лейкоцитах пациентов, регулярно получающих терапию статинами. При этом у большинства обследованных пациентов с подтвержденными мутациями в гене рецептора ЛНП, но не получавших терапии статинами, уровень специфической мРНК не отличался существенно от нормы или был понижен. У единственной доступной нам пациентке с гомозиготной семейной гиперхолестеринемией содержание мРНК рецептора ЛНП в лейкоцитах составляло всего 1/4 от нормального уровня. При этом у этой пациентки нам не удалось найти мутации в кодирующей области гена рецептора ЛНП и в промоторе. В результате работы мы сделали вывод, что определение уровня мРНК рецептора ЛНП в лейкоцитах пациентов с семейной гиперхолестеринемией может служить показателем эффективности терапии пациентов статинами, а также выявлять резистентных к статиновой терапии пациентов и служить для подбора доз препаратов. Работа проведена при финансовой поддержке РФФИ (грант № 08-04-00388).

0574 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И РИГИДНОСТИ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕ 75 ЛЕТ НА ФОНЕ МОНОТЕРАПИИ ИНДАПАМИДОМ РЕТАРД

Маркова М.А., Котовская Ю.В., Кобалава Ж.Д.
Российский университет дружбы народов, ГКБ №64, Москва, Россия

Цель: изучить динамику артериального давления (АД), показателей эластических свойств артерий на фоне приема индапамида ретард 1,5 мг/сут (арифона ретард) у пациентов старше 75 лет.

Материалы и методы: в исследование были включены 40 пациентов (11 мужчин и 29 женщин) >75 лет (средний возраст 80,7±0,46 лет) с АГ II–III степени, без анамнеза сердечно-сосудистых осложнений и ранее не получавшие антигипертензивную терапию. Всем назначалась монотерапия индапамидом ретард 1,5 мг один раз в сутки на протяжении 12 недель. Оценивали показатели суточного мониторирования АД (СМАД) и время распространения пульсовой волны (PTT, Pulse Transit Time) с помощью прибора МнСДП-3 , (ООО «Петр Телегинъ, Нижний Новгород»). PTT - показатель ригидности артериальной стенки рассчитывается как, время от открытия клапана аорты и появления зубца R на ЭКГ до начала фронта пульсовой волны, зарегистрированный осциллометрическим способом. Скорость распространения пульсовой волны (СРПВcf) между сонной и бедренной артериями, плечом и голенью (СРПВba) и сердечно-лодыжечно-сосудистый индекс (СЛСИ) исследовали с помощью скрининговой системы обследования сосудов VS 1000 VaSera, Fukuda Denshi, Япония. Данные представлены в виде M±SD.Различия и корреляционные взаимосвязи считали достоверными при p<0,05.

Результаты: на фоне лечения индапамидом ретард отмечалось снижение клинического АД с 165,8±1,81/86,5±1,3 до 147,2±0,98/76,1±0,79 мм рт.ст, ПД 78,3±1,58 до 71,2±0,88 мм рт.ст.; АД-24ч с 145,6±1,75/76,3±0,89 до 133,6±0,98/69,3±3,8 мм рт.ст., САДд с 147,2±1,8/77,1±0,87 до 135,4±1,04/73,4±2.4 мм рт.ст., САДн с 132,82±2,2/71,9±1,39 до 126,7±1,45/7 1,1±1,1 мм рт.ст. Гипотензивный эффект сопровождался уменьшением СРПВba с 23,1±0,53 до 16,74±0,35 м/с, СРПВcf с 12,1±0,34 до 7,4±0,21 м/с; увеличением PTT100-60 с 157,6±1,38 до 167±5,4 мс, p<0,05. СЛСИ не изменялся на фоне лечения и не зависел от уровня АД (9,1±0,4 и 8,1±0,26). Обнаружена прямая связь между снижением клинического САД и его средним значением при СМАД с СРПВcf (r=0,45) и с СРПВba (r=0,47), обратная зависимость между САД-24 и PTT100-60 (r=-0,47).

Заключение: у больных АГ>75 лет лечение индапамидом ретард приводило к хорошо переносимому снижению САД и ПАД, антигипертензивный эффект сопровождался АД- зависимым уменьшением СРПВ, повышением PTT.

0575 ОЦЕНКА СОБЛЮДЕНИЯ СТАНДАРТОВ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Мартюшов С.И., Лужбинина Т.В., Сахарова О.Н..
Кафедра госпитальной терапии СГМУ, Архангельска, Россия

Цель исследования: оценить точность соблюдения рекомендаций ВНОК при ОКС в условиях городской больницы, возможности улучшения корригируемых факторов, влияющих на исход ОКС.

Острый коронарный синдром (ОКС) – состояние, исход которого в значительной степени зависит от точности соблюдения стандарта диагностики и лечения на догоспитальном и стационарном этапах.

Методы: проведен анализ 100 случаев ОКС у пациентов, последовательно поступавших в стационар МУЗ ’Северодвинская городская больница №1’’ .Во всех случаях исследовалась кровь на тропонин Т при поступлении, соблюдалось обеспечение тромболитиками, бета-блокаторами, ИАПФ, аспирином.

Результаты: из 100 пациентов с ОКС диагноз нестабильной стенокардии уточ- нен у 31 пациента, инфаркта миокарда без Q- у 30, инфаркт миокарда с Q- у 39 пациентов. Сроки госпитализации при ОИМ: первые 6 часов-39,4%; первые сутки- 56,9%, более суток- 43,1%. Общая летальность при ОИМ-16.4%, в трудоспособном возрасте- 7%, досуточная-33,3%.

Основные отклонения от стандарта:

-недооценка болевого синдрома у молодых в 2 случаях;

-отсутствие контроля тропонинового теста в динамике через 12 часов при негативном результате при поступлении в 7случаях;

-необоснованное сужение показаний к проведению тромболитической терапии на основании давности болевого синдрома при недооценке ЭКГ изменений, свидетельствующих о трансмуральном ишемическом повреждении миокарда- в 10 случаях;

-необоснованный отказ от назначения статинов при документированных дислипидемиях и стенозах в 28 случаях; от бета-блокаторов при нестабильной стенокардии без противопоказаний в 2 случаях;

-гипердиагностика ОИМ без Q в 2 случаях;

-гиподиагностика ОИМ без Q в 3 случаях;

-отсутствие контроля ЭКГ в динамике в первые сутки в 6 случаях;

-отсутствие ВЭМ при выписке при ОКС в 100 случаях.

Выводы: очевидно, что даже в условиях систематического обучения персонала, полного лекарственного и диагностического обеспечения, имеются резервы улучшения диагностики и лечения пациентов с ОКС, относящиеся к уровню квалификации врача и административных методов коррекции лечебно-диагностического процесса.

0576 СНИЖЕНИЕ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ С ПОМОЩЬЮ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА

Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Деев А.Д., Якусевич В.В.
ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины», Москва, Россия

Известно, что медикаментозная коррекция артериальной гипертонии (АГ) и гиперхолестеринемии (ГХ) – значительно снижает вероятность возникновения сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у больных высокого риска. Комплексное воздействие на АГ и ГХ способно дать существенно больший эффект, чем борьба только с одним из них. Однако в очень небольшом количестве исследований изучалась возможность одновременного воздействия на АГ и ГХ у каждого больного.

Цель: комплексное контролируемое медикаментозное воздействие одновременно на АГ и ГХ, направленное на достижение их целевых значений, в сравнении с обычной терапией.

Материал и методы: В открытое, сравнительное, рандомизированное, проспективное исследование включено 100 больных с АГ 1 и 2 степени и ГХ, относящихся к категории высокого риска развития ССО (риск по шкале SCORE≥5 либо наличие доказанных сердечно-сосудистых заболеваний). Пациенты рандомизированы в две группы: группа А (активное лечение) и группа К (контрольная группа). Больным группы А проводилась лекарственная терапия, направленная на коррекцию повышенного артериального давления (АД) и уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП). Антигипертензивная терапия включала нифедипин пролонгированного действия 30 мг/сут, при необходимости последовательно добавляли диуретик гидрохлоротиазид 12,5 мг/сут и бета-адреноблокатор бисопролол 5 мг/сут. Для коррекции ГХ назначался аторвастатин в дозе 20 мг/сут с возможным увеличением дозы до 40 мг/сут. Целью терапии в основной группе являлось достижение целевых цифр АД (<140/90 мм рт.ст.) и ХС ЛПНП (<2,5 ммоль/л). Пациентам группы К выдавались только рекомендации по лечению, которые должен был осуществлять врач поликлиники. Контрольные визиты проводились в обеих группах через каждые 4 недели, продолжительность лечения - 12 недель.

Результаты: Проведенная рандомизация позволила сформировать две группы пациентов А и К, сопоставимые не только по основным клиническим показателям, но и по рассчитанному уровню риска ССО. На фоне проводимой терапии в обеих группах отмечалось достоверное снижение как систолического (САД), так и диастолического (ДАД) АД по сравнению с исходными данными (во всех случаях $p<0,001$), однако в конце исследования показатели АД в группе А были ниже, чем в группе К, различия между группами было статистически значимым (для САД $p<0,001$ и для ДАД $p<0,05$). Частота сердечных сокращений в обеих группах во время исследования статистически значимо не изменилась ($p>0,05$). Контролируемая гиполипидемическая терапия привела к достоверному снижению уровня общего холестерина (ОХ) в группе А ($p<0,001$), в то время как в группе К уровень ОХ существенно не изменился ($p=0,9$), несмотря на четкие рекомендации пациентам о проведении мероприятий по его коррекции. Риск СОО в обеих группах на фоне проводимого лечения снизился, однако в группе активного лечения (А) удалось добиться более выраженного снижения риска ССО, который был ниже аналогичного показателя контрольной группы (К) на 35,9%.

Выводы: Активная контролируемая терапия АГ и ГХ позволяет не только повысить эффективность лечения (достижение целевых значений АД и ХС), но и существенно снизить риск серьезных ССО, что является главной целью современной терапии больных высокого риска.

0577 АНАЛИЗ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ (ПО ДАННЫМ ИЗУЧЕНИЯ АМБУЛАТОРНЫХ КАРТ)

Масляева Л.В.
Институт терапии им. Л.Т. Малой АМН Украины, Харьков, Украина

Цель исследования: изучить характер антигипертензивной терапии больных гипертонической болезнью (ГБ) на фоне сопутствующих заболеваний внутренних органов на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Методы: были проанализированы данные амбулаторных карт 1002 больных ГБ I–III ст., состоявших на диспансерном учете в отделении семейной медицины одной из поликлиник Харькова. Возраст больных составил 18-78 лет. Сопутствующую терапевтическую патологию имели 906 больных ГБ.

Результаты: установлено, что наличие коморбидной патологии у пациентов ГБ обусловливает значительную потребность в комбинированной антигипертензивной терапии: ее получали 75,2% больных ГБ с сопутствующими заболеваниями внутренних органов. Врачами на амбулаторно-поликлиническом этапе наиболее часто назначались препараты первой линии: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента - в 44,1% случаев, диуретики - в 41,2%, бета-адреноблокаторы и антагонисты кальция – соответственно в 34,4% и 32,8% случаев. Лекарства на основе фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов первой линии назначались в 26,2% случаев. В то же время антагонисты рецепторов ангиотензина II и агонисты имидазолиновых рецепторов использовались только в 5,2% и 4,3% случаев. Препараты второго ряда назначались каждому четвертому больному. В 75,6% случав антигипертензивные медикаменты были представлены генерическими препаратами. Лечение больных ГБ с сопутствующей терапевтической патологией характеризовалось частой (в среднем 1 раз в 2-3 недели) и не всегда обоснованной заменой одних антигипертензивных препаратов на другие, отсутствием титрования доз антигипертензивных лекарств до адекватних, сохранением практики использования малоэффективных в антигипер-

тензивном плане препаратов (папаверин, дибазол, но-шпа, эуфиллин), назначением нерациональных и даже небезопасных комбинаций антигипертензивных средств. При выборе антигипертензивных препаратов врачи часто не учитывали характер имеющейся коморбидной патологии. Отмечалась недооценка ими необходимости более тщательного контроля артериального давления (АД) и своевременной коррекции доз антигипертензивных препаратов в случае приема больными ГБ лекарств для лечения сопутствующей патологии, способных повышать АД и снижать эффективность антигипертензивной терапии. По нашим данным, подобная ситуация наиболее часто наблюдалась при сопутствующих заболеваниях опорно-двигательного препарата и хронических обструктивних заболеваниях легких. В итоге целевой уровень АД у больных ГБ с сопутствующими заболеваниями внутренних органов на амбулаторно-поликлиническом этапе достигался только в 36,6% случаев.

Выводы: таким образом, несмотря на ряд положительных моментов антигипертензивное лечение больных ГБ с коморбидной патологией на амбулаторно-поликлиническом этапе характеризовалось серьезными недостатками и невысокой эффективностью.

0578 ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И КОРРЕКТНОСТИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Масляева Л.В., Коваль С.Н., Божко В.В., Милославский Д.К.
Институт терапии им. Л.Т. Малой АМН Украины, Харьков, Украина

Цель исследования: изучить возможность использования оценки качества жизни (КЖ) для контроля за эффективностью и корректностью лечения больных гипертонической болезнью (ГБ) и сопутствующими заболеваниями внутренних органов в амбулаторно-поликлинических условиях.

Методы: качество жизни было изучено при помощи универсального опросника SF-36 у 560 пациентов с ГБ II–III ст. и сопутствующей терапевтической патологией, состоявших на диспансерном учете в поликлиническом отделении семейной медицины.

Результаты: выявлено, что КЖ у больных ГБ II–III ст. и коморбидной патологией зависело от количества и тяжести сопутствующих заболеваний, количества принимаемых препаратов и уровня артериального давления, который достигался в процессе антигипертензивной терапии. Показатели КЖ четко коррелировали с характером проводимой на амбулаторно-поликлиническом этапе терапии. Так, в группе больных ГБ и ишемической болезнью сердца установлена достоверная связь показателей, отражающих физический компонент здоровья, с приемом статинов. Более того, показатели КЖ по всем шкалам опросника были значительно выше в случае регулярного приема этих препаратов в течение 1 года и больше. При наличии у больных ГБ сахарного диабета или комплекса метаболических нарушений отмечался достоверно более низкий уровень КЖ (по шкалам психологического компонента здоровья) в случае назначения пациентам комбинации гидрохлортиазида и бета-адреноблокатора (наиболее часто применялись атенолол и метопролол). При сочетании ГБ II ст. с хроническим обструктивным бронхитом показатели КЖ по всем шкалам опросника были выше на фоне применения антагонистов кальция, а также современных высокоселективных бета-адреноблокаторов. В то же время назначение ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента приводило к ухудшению КЖ этих больных, что выражалось в снижении их физической активности, ухудшении настроения, появлении повышенной утомляемости и, как результат, в более низкой оценке своего общего состояния здоровья.

Выводы: таким образом, полученные нами данные позволяют считать уровень КЖ важным информативным показателем эффективности и корректности лечения больных ГБ и сопутствующими заболеваниями внутренних органов на амбулаторно-поликлиническом этапе. Учитывая простоту метода оценки КЖ он может быть рекомендован для внедрения в работу врачей первичного звена здравоохранения с целью самоконтроля за эффективностью и корректностью медикаментозных назначений.

0579 ВЗАИМОСВЯЗИ ЛИПИДНОГО И БЕЛКОВОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ (по данным многофакторного анализа)

Матвеева С.А.
ГОУ ВПО РязГМУ им. акад. И.П. Павлова, Рязань, Россия

Цель - оценка связей между показателями липидного обмена (общий холестерин (ХС), триглицериды (ТГ), ХС липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), ХС ЛП очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), ХС ЛП низкой плотности (ХС ЛПНП), коэффициент атерогенности (КА), коэффициент триглицеридный (КТ) и белкового обмена (общий белок, альбумины, α1-, α2-, β-, γ-глобулины) у женщин с ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения (СН) и метаболическим синдромом (МС) по данным многофакторного анализа.

Методы исследования. Проведено комплексное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование 108 женщин, средний возраст 54,9±0,70г) ишемической болезнью сердца, СН I-III функционального класса и МС (артериальной гипертензией, сахарным диабетом 2 типа). СН диагностировали на основе Российских рекомендаций “Диагностика и лечение стабильной стенокардии”, разработанных Комитетом экспертов ВНОК (2004), артериальную гипертензию - с учетом критериев, разработанных Комитетом экспертов ВНОК “Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии” (2004). Для определения метаболического синдрома использовали критерии, сформулированные Рабочей группой ВОЗ (1998). Статистическую обработку проводили с использованием многофакторного корреляционного анализа и определением критериев Стьюдента-Фишера.

Полученные результаты. Последовательно проведенный корреляционный анализ каждого отдельного показателя липидограммы и протеинограммы выявил следующие закономерности: между вариантами липидов и белков крови определялась взаимосвязь со значениями r=+0,89 –+1,0 (P<0,001); показатели нижних 10 персентилей липидов и нижних 10 персентилей белков положительно коррелировали с r=+0,53–+0,99 (P=<0,01–<0,001). Параметры верхних 10 персентилей липидов и верхних 10 персентилей белков положительно коррелировали с r=+0,84–+0,99 (P<0,001). Между показателями нижних 10 персентилей липидов и верхних 10 персентилей белков отмечена отрицательная (обратная) корреляция со значениями r=-0,86–-0,99 (P<0,001). Корреляция между параметрами верхних 10 персентилей липидов и нижних 10 персентилей белков составляла: r=-0,51–-0,99 (P=<0,01–<0,001).

Выводы. Результаты многофакторного анализа выявили достоверные (прямые и реципрокные) взаимосвязи между: показателями липидного (общий ХС, ТГ, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП, КА, КТ) и белкового (общий белок, альбумины, α1-, α2-, β-, γ-глобулины) метаболизма у женщин ишемической болезнью сердца, СН I-III функционального класса и МС.

0580 ЛИПИДНЫЙ И УГЛЕВОДНЫЙ ОБМЕН: ЗАВИСИМОСТИ У МУЖЧИН ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ (по данным многофакторного анализа)

Матвеева С.А.
ГОУ ВПО РязГМУ им. акад. И.П. Павлова, Рязань, Россия

Цель - оценка зависимостей между показателями липидного обмена (общий холестерин (ХС), триглицериды (ТГ), ХС ли-

попротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), ХС ЛП очень низкой плотности (ХС ЛПОНП) и ХС ЛП низкой плотности (ХС ЛПНП), коэффициент атерогенности (КА), коэффициент триглицеридный (КТ) и глюкозой крови у мужчин ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения (СН) и метаболическим синдромом (МС) по данным многофакторного анализа.

Методы исследования. Проведено комплексное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование 82 мужчин, средний возраст 50,5±0,90г) ишемической болезнью сердца, СН I-III функционального класса и МС (артериальной гипертензией, сахарным диабетом 2 типа). Диагноз СН ставился на основе Российских рекомендаций "Диагностика и лечение стабильной стенокардии", разработанных Комитетом экспертов ВНОК (2004). При диагностике артериальной гипертензии использовались критерии Российских рекомендаций "Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии", разработанные Комитетом экспертов ВНОК (2004). Для определения МС использовали критерии, сформулированные Рабочей группой ВОЗ (1998). Статистическую обработку проводили по специально составленной программе, используя многофакторный корреляционный анализ с определением критериев Стьюдента-Фишера.

Полученные результаты. Корреляционный анализ каждого отдельного показателя липидного спектра крови и глюкозы крови позволил выявить следующие закономерности: между вариантами липидов и глюкозой отмечалась положительная корреляция со значениями r=+0,96–+0,98 (P<0,001). Значения нижних 10 персентилей липидов и нижних 10 персентилей глюкозы положительно коррелировали с r=+0,38–+0,99 (P=<0,1–<0,001). Показатели верхних 10 персентилей липидов и верхних 10 персентилей глюкозы положительно коррелировали с r=+0,75–+0,99 (P=<0,01–<0,001). Между показателями нижних 10 персентилей липидов и верхних 10 персентилей глюкозы определялась отрицательная (обратная) корреляция со значениями r=-0,71–-0,96 (P=<0,01–<0,001). Корреляция между параметрами верхних 10 персентилей липидов и нижних 10 персентилей глюкозы составляла: r=-0,50–-0,99 (P=<0,05–<0,001).

Выводы. Многофакторный анализ выявил следующие закономерности: показатели липидного (общий ХС, ТГ, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП, КА, КТ) и углеводного (глюкоза крови) метаболизма находятся в значимой прямой или реципрокной зависимости у мужчин ишемической болезнью сердца, СН I-III функционального класса и МС.

0581 ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БЕЛКОВОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ К ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, САХАРНОМУ ДИАБЕТУ

Матвеева С.А.
ГОУ ВПО РязГМУ им. акад. И.П. Павлова, Рязань, Россия

Цель - оценка взаимодействий между показателями белкового обмена (общий белок, альбумины, α1-, α2-, β-, γ-глобулины) и глюкозой крови у женщин с ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения (СН) и метаболическим синдромом (МС) и наследственной предрасположенностью к ишемической болезни сердца и сахарному диабету.

Методы исследования. Проведено комплексное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование 33 женщин, средний возраст 57,97±1,380г) ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения I-III функционального класса и метаболическим синдромом (артериальной гипертензией, сахарным диабетом 2 типа) и наследственной предрасположенностью к ишемической болезни сердца и сахарному диабету. Диагноз стенокардии напряжения ставился на основе Российских рекомендаций "Диагностика и лечение стабильной стенокардии", разработанных Комитетом экспертов ВНОК (2004). При диагностике артериальной гипертензии использовались критерии Российских рекомендаций "Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии", разработанные Комитетом экспертов ВНОК (2004). Для определения метаболического синдрома использовали критерии, сформулированные Рабочей группой ВОЗ (1998). Статистическую обработку проводили по специально составленной программе, используя корреляционный анализ с определением критериев Стьюдента-Фишера.

Полученные результаты. Анализ показал, что вариантные значения общего белка сыворотки крови и глюкозы крови положительно коррелировали со значением r=+0,76 (P<0,001). Параметры вариант альбуминов и глюкозы крови положительно коррелировали с r=+0,93 (P<0,001). Показатели вариант α1-глобулинов и глюкозы крови положительно коррелировали с r=+0,95 (P<0,001). Варианты α2-глобулинов и глюкозы крови положительно коррелировали с r=+0,97 (P<0,001). Варианты β-глобулинов и глюкозы крови положительно коррелировали с r=+0,93 (P<0,001). Варианты γ-глобулинов и глюкозы крови положительно коррелировали с r=+0,89 (P<0,001).

Выводы. Результаты проведенного анализа выявили закономерности: показатели вариантных значений белкового (общий белок, альбумины, α1-, α2-, β-, γ-глобулины) и углеводного (глюкоза крови) метаболизма достоверно положительно взаимосвязаны у женщин с ишемической болезнью сердца, СН I-III функционального класса, МС и наследственной предрасположенностью к ишемической болезни сердца и сахарному диабету.

0582 ЗАВИСИМОСТИ ПАРАМЕТРОВ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА И ГЕМОДИНАМИКИ У МУЖЧИН 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 - оценка взаимозависимостей между показателями глюкозы крови и гемодинамики: систолическое артериальное давление (САД), диастолическое АД (ДАД) и среднее АД (Ср.АД) у мужчин с ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения (СН), метаболическим синдромом (МС) и наследственной предрасположенностью к сахарному диабету.

Методы исследования. Проведено комплексное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование 31 мужчины, средний возраст 51,58±1,330г) ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения I-III функционального класса и метаболическим синдромом (артериальной гипертензией, сахарным диабетом 2 типа) и наследственной предрасположенностью к сахарному диабету. Диагноз стенокардии напряжения ставился на основе Российских рекомендаций "Диагностика и лечение стабильной стенокардии", разработанных Комитетом экспертов ВНОК (2004). При диагностике артериальной гипертензии использовались критерии Российских рекомендаций "Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии", разработанные Комитетом экспертов ВНОК (2004). Для определения метаболического синдрома использовали критерии, сформулированные Рабочей группой ВОЗ (1998). Статистическую обработку проводили по специально составленной программе, используя корреляционный анализ с определением критериев Стьюдента-Фишера.

Полученные результаты. Оценка зависимостей между показателями вариант глюкозы крови и САД выявила положительную корреляцию с величиной r=+0,94 (P<0,001). Вариантные значения показателей глюкозы крови и ДАД положительно коррелировали с r=+0,96 (P<0,001). Варианты параметров глюкозы крови и Ср.АД положительно коррелировали с r=+0,98 (P<0,001).

Выводы. Проведенный анализ выявил закономерности: показатели углеводного метаболизма (глюкоза крови) и гемодина-

мики (САД, ДАД. Ср.АД) достоверно положительно взаимосвязаны у мужчин с ишемической болезнью сердца, СН, МС и наследственной предрасположенностью к сахарному диабету.

0583 ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СВОЙСТВА АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ С ГИПЕРТОНИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ

Матросова И.Б., Елисеева И.В., Гусаковская Л.И., Олейников В.Э.
Медицинский институт ПГУ, Пенза, Россия

Цель: установить корреляционные взаимосвязи показателей, характеризующих артериальную ригидность с возрастом, офисными САД, ДАД, ПАД и ЧСС, маркёрами эндотелиальной дисфункции у больных с артериальной гипертонией (АГ) 1-2 степени в сочетании с метаболическим синдромом (МС).

Методы исследования: всего обследовано 24 человека с АГ 1-2 степени и МС. Из них - 13 мужчин и 11 женщин в возрасте 54,88±9,03 лет. Включение в группу больных с МС проводили, следуя рекомендациям экспертов Национального комитета США по холестерину (NCEP, Adult Treatment Panel III, 2001). Жесткость артерий оценивали методом объемной сфигмографии с помощью прибора VaSera-1000 («Fukuda Denshi», Япония) по показателям: скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) по артериям преимущественно эластического типа справа и слева (R-PWV, L-PWV), преимущественно мышечного типа (B-PWV), СРПВ в аорте (PWV), сердечно-лодыжечному сосудистому индексу – CAVI1 и L-CAVI1. Индекс CAVI позволяет оценить истинную жёсткость артерий, минимизируя влияние АД на сосудистую ригидность. Реактивную гиперемию исследовали ультразвуковым методом по методике D.Celenmajer на аппарате My Lab 90 (Esaote, Италия). Степень эндотелиальной дисфункции определяли по индексу реактивности (ИР), который отражает положительный прирост величины максимальной скорости кровотока в ответ на функциональную нагрузку. За 2 недели до обследования всем пациентам отменяли антигипертензивные препараты. Для исследования взаимосвязи между количественными признаками применялся ранговый коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты: все характеристики сосудистой жёсткости достоверно коррелировали с возрастом: R-PWV и L-PWV - r=0,64 (p=0,0001); PWV – r=0,39 (p<0,05); B-PWV - r=0,51, (p=0,002); CAVI1 и L-CAVI1 - r=0,6 (p=0,0005) и r=0,61 (p=0,003), соответственно. Была выявлена достоверная прямая взаимосвязь ДАД – со СРПВ в аорте (r=0,59; p=0,02) и СРПВ в артериях преимущественно мышечного типа (r=0,42; p<0,05). Для индексов CAVI1 и L-CAVI1, помимо возраста, установлена корреляционная зависимость от САД (r=0,5; p=0,02 и r=0,49; p=0,02), ПАД (r= 0,54; p=0,01 и r=0,56; p=0,009) и ЧСС (r= 0,45; p=0,03 и r= 0,42; p=0,05). ИР коррелировал со СРПВ в аорте - r=0,59 (p=0,03) и R-PWV – r=0,53 (p=0,03).

Выводы: полученные результаты подтверждают, что возрастные изменения являются основными детерминантами эластических свойств артерий различного типа. Определяющие факторы истинной жёсткости артерий – систолическое, пульсовое АД и ЧСС. Состояние сосудистой стенки артерий мышечного типа в основном ассоциируется с уровнем диастолического и пульсового АД. Эндотелиальная дисфункция, очевидно, способствует развитию патологического ремоделирования, прежде всего, артерий эластического типа.

0584 ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР СЫВОРОТКИ КРОВИ И ФОСФОЛИПИДНЫЙ СОСТАВ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Махмудов Э.А.
Главный военный клинический госпиталь внутренних войск МВД России, Балашиха, Россия

Считается, что дислипопротеидемия служит одним из факторов патогенеза диабетических микроангиопатий. Работы в которых бы изучались фосфолипиды крови и фосфолипидный состав эритроцитарных мембран при сахарном диабете немногочисленны. В этой связи нами у 36 больных I типом и 50 больных II типом сахарного диабета проведено изучение липидного спектра крови в зависимости от длительности течения, тяжести заболевания, степени его компенсации, наличия микроангиопатий, а также изучался фосфолипидный состав эритроцитарных мембран. Клинические проявления микроангиопатий отмечены у 18 больных I типом и 31 больного II типом диабета. Контрольную группу составляли 29 практически здоровых лиц сопоставимых по возрасту. Как при I, так и при II типе сахарного диабета в стадии компенсации наблюдалась четкая тенденция к нормализации показателей липидного обмена, наиболее выраженная при I типе заболевания. В группе больных сахарным диабетом II типа с избыточным весом при наличии в стадии декомпенсации заболевания несколько более выраженных изменений в содержании холестерина, общих липидов, триглицеридов в крови, также е снижение этих параметров при его компенсации, что указывает на тесную связь изменений липидного обмена с характером углеводного обмена. При анализе выраженности изменений липидного обмена у больных диабетом в зависимости от наличия сосудистых осложнений было обнаружено, что при I типе диабета существенных отличий в содержании отдельных показателей липидного спектра, за исключением фосфолипидов, уровень которых при наличии микроангиопатий был на 15% ниже, не было обнаружено. Напротив, в группе больных II типом диабета при наличии микроангиопатий содержание холестерина, общих липидов и триглицеридов в крови было выше, чем у больных без наличия сосудистых осложнений, а уровень фосфолипидов у них практически не отличался от контроля. При I типе диабета у больных наблюдается уменьшение в мембране эритроцитов содержания фосфатидилхолина, фосфатидилэтаноламина и сфингомиелина на 12,0; 10,3; 4,0% соответственно по сравнению с контрольной группой и увеличение фракций лизофосфатидилхолина, фосфитидилсерина, фосфатидилиозита и неидентифицированных фосфолипидов на 11,8; 60,0; 10,0; 50,0% соответственно, то у людей, страдающих II типом диабета, содержание фосфатидилинозита снижалось на 33,3%, а фосфатидилсерина и неидентифицированных фосфолипидов возрастало лишь на 40,0; 20,0% соответственно по сравнению с контролем. Следовательно, при I типе сахарного диабета изменения в фосфолипидном обмене носят более выраженный характер, а относительно уровня фосфатидилинозита имеет место другой вид изменений, нежели у больных II типом заболевания. Последнее может, вероятно, иметь определенное дифференциально-диагностическое значение для диагностики типа диабета.

0585 ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАМИПРИЛА АМПРИЛАНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ИБС И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ II-III ст. В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Маянская С.Д., Майер С.В., Кукумаджан Н. В.
Новосибирский государственный медицинский университет, Городская медико-консультативная поликлиника №27, Новосибирск, Россия

Цель исследования: изучить клиническую эффективность рамиприла Амприлана (КРКА) у больных с хроническими формами ИБС в сочетании с артериальной гипертонией (АГ) II-III степени.

В исследование было включено 30 пациентов с ИБС и артериальной гипертонией (АГ). Из них 8 мужчин и 22 женщины в возрасте от 40 до 75 лет; средний возраст – 68±6,8 лет. Среди обследованных больных инфаркт миокарда перенесли 96%, стенокардия напряжения II ф.к. зарегистрирована у 17, стенокардия напряжения III ф.к. – у 13 человек. АГ II ст диагносцирована у 5, АГ III ст – у 25 человек; среднее АД - 174/96 мм

рт.ст. У 21 больных течение заболевания осложнено ХСН II ст (без застоя) и у 9 пациентов ХСН II ст (с застоем). Сахарный диабет II типа – у 12%, гиперхолестеринемия >5,5% - у 78% больных. Все пациенты принимали базовую терапию, включающую, бета-блокаторы, аспирин, статины. За неделю до включения в исследование отменялись, принимавшиеся ранее, ингибиторы АПФ. В первый визит назначался рамиприл Амприлан в начальной дозе 5 мг. Затем, пациенты посещали врача через неделю (2 визит), через месяц (3 визит) и через 3 месяца (4 визит). Через 3 месяца – больных окончательно анкетировали и обследовали. Через неделю после начала исследования (визит 2) 9 пациентов были переведены на 7,5 мг и 7 – на 10 мг Амприлана; через месяц (визит 3) 12 больных получали 7,5 мг, а 11 – 10 мг Амприлана; через 3 месяца (визит 4) уже 23 пациента получали Амприлан в дозе 10 мг.

Результаты. К 3-му визиту 68% пациентов достигло целевого уровня АД, а к 4-му визиту – 86%. Среднее САД через месяц лечения составило 152 мм рт.ст., среднее ДАД – 91 мм рт.ст. Через 3 месяца лечения среднее САД – 132 мм рт.ст, среднее ДАД – 86 мм рт.ст. Субъективное самочувствие пациенты оценивали по пяти балльной шкале: 1 балл – очень плохое; 2 балла – плохое; 3 балла – удовлетворительное; 4 балла – хорошее; 5 баллов – отличное. Динамика субъективного отношения пациентов к собственному самочувствию в ходе лечения Амприланом была следующая. В начале исследования 92% пациентов оценивали свое состояние как удовлетворительное, а к концу исследования 64% больных считали свое состояние хорошим, 10% - отличным и только 26% - удовлетворительным.

Выводы

- Рамиприл – Амприлан (КРКА) в пилотном исследовании показал свою терапевтическую эффективность.
- В течение 3 мес прием Амприлана в сочетании с базовой терапией позволил достоверно снизить ср САД до целевого уровня е 86%.
- Целевая доза Амприлана, которая позволила достигнуть наибольшей эффективности, составила 10 мг.
- К 3 месяцу лечения Амприланом 64% пациентов оценили свое самочувствие как хорошее и 10% - как отличное, тогда как исходно практически все больные находили свое состояние как плохое или удовлетворительное по 5-ти балльной шкале.

0586 ОЦЕНКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ У НОРМОТЕНЗИВНЫХ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ НАСЛЕДСТВЕННУЮ ОТЯГОЩЕННОСТЬ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Маянская С.Д., Гребенкина И.А., Лукша Е.Б., Ромашова Т.В.
НГМУ, Новосибирск, Россия

Актуальность: На основе имеющихся представлений, нарушение эластических свойств артерий следует рассматривать в качестве показателя ранних сосудистых изменений при различных заболеваниях. Малоизученным вопросом остается состояние эластичности стенки артерии у молодых нормотензивных лиц с наследственной отягощенностью (НО) по артериальной гипертензии (АГ).

Цель исследования: Изучить суточные колебания артериального давления (АД) и оценить эластические свойства сонных артерий у лиц, являющихся родственниками первой линии родства с больными АГ.

Материалы и методы: Обследовано 26 пациентов в возрасте от 17 до 26 лет (средний возраст составил 21,2 ±2,6 лет), которые являлись родными детьми больных АГ I и II степени (1 группа). Контрольная группа включала 15 человек (средний возраст 20,1±2,8 лет), у которых родители являлись нормотониками. В исследуемой группе с НО по АГ 30% являлись активными курильщиками, 13 % имели избыточную массу тела и ожирение I степени. В группе сравнения данные факторы риска встречались у 20% и 6% лиц соответственно. Средний возраст родителей лиц, подлежащих исследованию, составил 44,3±4,3 года. У 9 родителей (21,9%) был отягощен анамнез по АГ. Показатели липидограммы, гликемического профиля находились в пределах нормативных. Всем проводилось физикальное клиническое обследование, липидограмма, суточное мониторирование АД (СМАД), ультразвуковое исследование величины комплекса интимамедиа (КИМ), рассчитывались коэффициент растяжимости (DS) общей сонной артерии (ОСА), коэффициент эластичности ОСА в поперечном сечении (СС), жесткость ОСА на 1 см толщины стенки сосуда (модуль Юнга). Всем пациентам определяли скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) по артериям мышечного типа (PWVm) и эластического типа (PWVE).

Результаты: В группе с отягощенным анамнезом по АГ у 54% лиц отмечались изменения суточного профиля АД в виде либо недостаточного снижения АД в ночные часы (non-dippers) либо избыточное его снижение (non-dippers), тогда как в контрольной группе 75% исследуемых имели идеальный суточный профиль АД с достаточным ночным снижением АД (dippers). Среднее значение коэффициента растяжимости (DS) ОСА составило в 1 группе–33,2±1,8·10-3 к Па, у лиц контрольной группы – в 1,57 раз выше (52,4±1,23·10-3 к Па). Среднее значение коэффициента эластичности (СС) ОСА у лиц с НО по АГ превышало на 5,46 кПа по сравнению с группой сравнения. (СС составило соответственно10,83±9,68·10-7 м^2/к Па, и 5,37 ±2,4·10-7 м^2/к Па). Величина модуля Юнга имела тенденцию к повышению у лиц I группы (536,5±83,4 кПа/см против 515,5± 85,4 к Па/см). Среднее значение СРПВ тип PWE4 в исследуемой группе составляло 4,7±0,6 м/с, что выше данного показателя в группе сравнения на 0,5 м/с.

Заключение: В группе лиц с НО по АГ чаще отмечались нарушения суточного ритма АД, снижение коэффициентов растяжимости и повышение коэффициентов эластичности ОСА, увеличение модуля Юнга и СРПВ, что может быть начальными проявлениями нарушений эластических свойств артерии.

0587 ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СЕЛЕКТИВНОГО АНКСИОЛИТИКА АФОБАЗОЛА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Маянская С.Д., Попова А.А., Гребенкина И.А., Каминская Л.Ю.
Новосибирский государственный медицинский университет. Госпиталь ветеранов войн № 3, Новосибирск, Россия

Цель исследования - оценка клинической эффективности селективного анксиолитика Афобазола у больных с артериальной гипертонией (АГ).

В открытое нерандомизированное исследование было включено 20 человек – 7 (35,0%) мужчин и 13 (65,0%) женщин, средний возраст которых 75,5±6,2 лет, имеющих АГ II–III, риск 3–4 (ВОЗ, МОАГ 1999). Из исследования исключались больные с наличием острой коронарной и цереброваскулярной патологии, перенесенной менее 6 месяцев до исследования, клапанных поражений, тяжелых аритмий и блокад сердца, хронической почечной недостаточности, онкопатологии, алкогольной зависимости.

Всем пациентам было проведено: общеклинический осмотр с измерением АД, ЧСС, массы тела, роста; суточное мониторирование АД, проба с реактивной гиперемией, биохимический анализ крови с определение липидного спектра, креатинина, клюкозы крови; общий анализ мочи с определением микроальбуминурии; инструментальные исследования (ЭКГ, ЭхоКГ), исследование уровня тревоги с помощью шкалы Спилбергера – Ханина.

Афобазол (таблетки ЗАО «Мастерлек», г. Москва) назначали в дозе 10 мг три раза в сутки (в комбинации с антигипертензивными препаратами). Эффективность терапии оценивали дважды: через три недели после начала лечения и затем еще через три недели по динамике клинических проявлений тревожных состояний.

Полученные результаты показали достоверное уменьшение клинических проявлений тревожных состояний к концу уже первой недели лечения на 48,8%, на 75,2% - к концу третьей недели и на 96,3% - через шесть недель от начала терапии афобазолом.

При ликвидации тревоги, беспокойства, раздражительности у пациентов с АГ было отмечено стабильное сохранение АД на

целевом уровне, что не может не сказаться на общем течении заболевания и профилактике его осложнений, и свидетельствует об улучшении их качества жизни.

Таким образом, использование Афобазола в течение 6 недель у пожилых больных с АГ оказалось эффективным, сопровождалось хорошей переносимостью препарата и отсутствием побочных эффектов.

0588 ОЦЕНКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НА ФИЗИЧЕСКУЮ НАГРУЗКУ С ПОМОЩЬЮ СТРЕСС-ЭХОКГ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Медынцева Ю.В., Кузнецов А.Н., Советская Е.В., Григорьева Н.Ю.
ГОУ ВПО НижГМА Росздрава, Нижний Новгород, Россия

Целью настоящего исследования явилось сравнение гемодинамической реакции на физическую нагрузку больных ишемической болезнью сердца (ИБС), стенокардией напряжения (СН) II–III ФК в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа (СД-2) и без него.

Методы: было обследовано 2 группы пациентов. В первую группу вошли 10 человек (4 мужчин и 6 женщин) с СН II – III ФК в сочетании с СД-2 в возрасте 59,0±3,72 лет, из них стенокардия IIФК наблюдалась у 7 человек, стенокардия III ФК-у 3 человек. Вторую группу контроля составили 10 человек (5 мужчин и 5 женщин) с СН I–III ФК без сопутствующего СД-2 в возрасте 56,3±3,56 лет. Стенокардия I-II ФК отмечена у 7 больных, III ФК- у 3 человек. Группы были сопоставимы по возрасту, полу и ишемическому порогу. Всем пациентам проводили стресс-ЭхоКГ по стандартной методике начиная с нагрузки 50 Вт на фоне терапии β-блокаторами.

Результаты: пациенты первой группы выполнили суммарную нагрузку длительностью 8,75±0,967 мин против 9,83±1,199мин у пациентов второй группы. В основной группе у 7 человек отмечена средняя толерантность к физическим нагрузкам, у 3-низкая, в группе контроля высокая толерантность к физическим нагрузкам отмечена у 4 пациентов, средняя у 3 человек, низкая у 3 человек. В группе пациентов ИБС в сочетании с СД-2 более часто и в большей степени (у 5 человек) в сравнении с контрольной группой (у 4 больных) фиксировалась гипертоническая реакция на нагрузку при исходно сопоставимом уровне АД. Гипертоническая реакция на нагрузку в первой группе отмечалась начиная с нагрузки 75 Вт- у 3 человек, на 50 Вт - у 2 человек, во второй группе на 50Вт – у 1 человека, на 100 Вт - у 2 человек, 125 Вт - у 1 человека. В основной группе САД исходно 132,1±4,345 мм рт.ст против 137,7±6,785мм рт.ст во второй группе, ДАД 82,86±1,844 мм рт.ст против 81,67±3,073 мм рт.ст соответственно. На пике физической нагрузки - САД в первой группе 187,9±14,3 мм рт.ст против 182,9±7,143 мм рт.ст в группе контроля, соответственно ДАД 98,57±6,335 мм рт.ст. против 93,33±4,216 мм рт.ст. Таким образом, реакция САД на нагрузку в первой группе составила 55,71±11,67 мм рт.ст против 47,83±4,764 мм рт.ст. во второй, реакция ДАД составила 14,29±6,117 мм рт.ст. против 14,0±4,0 мм рт.ст. соответственно. При этом скорость роста САД в первой группе составила 6,56±1,359 мм рт.ст/мин, в группе контроля 4,86±0,783 мм рт.ст./мин, скорость роста ДАД составила соответственно 1,78±0,678 мм рт.ст./мин и 1,64±0,587 мм рт.ст/мин.

Выводы: у больных ИБС в сочетании с СД-2 имеется снижение толерантности к физической нагрузке, обусловленное большей частотой встречаемости и выраженностью гипертонической реакции на нагрузку в сравнении с больными ИБС без СД-2.

0589 ЛЕЧЕНИЕ ПРЕПАРАТАМИ УДХК БОЛЬНЫХ С АТЕРОГЕННОЙ ДИСЛИПИДЕМИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ (НАСГ)

Мельникова Н.В., Звенигородская Л.А., Хомерики С.Г., Овсянникова О.Н., Петраков А.В.
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва, Россия

Цель исследования: оценить клинико-функциональную характеристику состояния печени у больных с атерогенной дислипопротеинемией и в процессе лечения препаратами урсодезоксихолевой кислоты (УДХК).

Материалы и методы: проведены клинические наблюдения за 150 больными (121 женщин, 29 мужчин) в возрасте от 39 до 75 лет с выраженной дислипопротеидемией. У всех больных проводили тщательный сбор анамнеза, общеклиническое обследование, оценка биохимических показателей: билирубина, трансаминазы, щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтранспептидазы, холестерина, с-ретивный белка, общего белка, глюкозы крови, липидног спектра крови. У всех больных определялись маркеры вирусных гепатитов B, C, G, TT. Кроме этого проводили ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, пункционную биопсию печени с гистологическим и электронно-микроскопическим исследованием. 30 больным проводилось лечение препаратами УДХК (1кап. 3 раза в день) в течение 3-х месяцев, затем проводилось повторное обследование.

Результаты: Все больные в течение длительного времени страдали гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца. При осмотре в большинстве случаев у больных наблюдалась избыточная масса тела, у 85 больных определялась умеренная гепатомегалия. В биохимических пробах печени обращало на себя внимание умеренное повышение уровня трансаминаз в 2-3 раза выше нормы, в 24,7% случаев имела место гипербилирубинемия в пределах от 22 до 31 мкмоль/л, повышение уровня холестерина в биохимическом анализе крови выявлялось у всех больных (при анализе показателей липидного спектра крови у больных выявлялась преимущественно дислипопротеинемия IIб, III типа), остальные показатели оставались в пределах нормальных значений. Анализы на маркеры вирусов B, C, G, TT у всех больных дали отрицательные результаты. При УЗИ органов брюшной полости у всех больных выявлялась эхо-картина жировой дистрофии печени. Данные пункционной биопсии печени: у большинства больных (90%) имелась крупнокапельная жировая дистрофия гепатоцитов. У 80% больных имелся выраженный перигепатоцеллюлярный и перипортальный фиброз. В 40% определялась умеренная портальная инфильтрация, без разрушения собственной пластины гепатоцитов, умеренно выраженный портальный и перипортальный гепатиты. Воспалительный инфильтрат содержал лимфоциты, мононуклеарные клетки, преобладали лимфоциты. У 30 больных на фоне лечения УДХК отмечено снижение уровня общего холестерина на 18,6% от исходных значений (в основном за счет уровня ХС-ЛПНП и снижения уровня ТГ). На фоне лечения определялось достоверное снижение уровня трансаминаз, билирубина крови.

Выводы: Полученные данные свидетельствуют о том, что у больных с атерогенной дислипопротеинемией выявляются изменения в печени, которые укладываются в клинико-морфологические характеристики НАЖБП. Лечение УДХК на фоне имеющихся изменений в печени приводит к улучшению функции печени, уменьшению проявлений клинических симптомов НАСГ.

0590 ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КВАДРОПРИЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Мехралиев Р.Р.
НИИ Кардиологии, Баку, Азербайджан

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности применения ингибитора ангиотензинпревращающего фермента спираприла (Квадроприл, Pliva, Хорватия) у больных артериальной гипертензией (АГ). Было исследовано 30 больных мужского пола с впервые выявленной или никогда не лечёной АГ, средний возраст которых составил 48±3,6 года. В исследование не включались лица с сопутствующей сердечной недостаточностью, сахарным диабетом, выраженными на-

рушениями функции печени и почек. Клиническая эффективность оценивалась по динамике общего самочувствия больных, переносимости препарата, динамике снижения систолического артериального давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД). Ответившими за терапию считались лица у которых снижение как САД, так и ДАД составило не менее 10% от исходного уровня. Больные принимали по 1 табл. Квадроприла (6 мг) в день (утром) в течение 12 недель. Исходно среднее САД в исследовании составило 160,7±2,4 мм рт.ст а ДАД 96,2±2,1 мм рт.ст. При оценке динамики артериального давления было установлено достоверное снижение САД через 1 месяц терапии на 17,1±1,2 мм рт.ст. ($p < 0,001$), а ДАД на 10,8±0,6 мм рт.ст ($p<0,001$). Через 12 недель терапии снижение САД достигло 22,5±0,8мм рт.ст ($p<0,001$), а ДАД-13,4±0,6 мм рт.ст ($p<0,001$). При оценке качества жизни положительная динамика отмечалась у 24 больных (повышение физической активности, уменьшение головных болей, улучшение сна). Таким образом, квадроприл привел к адекватному снижению, как САД, так и ДАД, улучшению качества жизни, которое сохранялось в течение длительного времени, что является важнейшей характеристикой современного гипотензивного препарата.

0591 МУТАЦИИ ГЕНА АПОЛИПОПРОТЕИНА В-100 У РОССИЙСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ВЫРАЖЕННОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ

Мешков А.Н., Чепетова Т.В., Малышев П.П., Стамбольский Д.В., Кухарчук В.В.
ФГУ «РКНПК», Москва, Россия

В основе развития выраженной гиперхолестеринемии в большинстве случаев лежат генетические изменения, среди которых моногенная патология занимает довольно большую часть. Случаи выраженной гиперхолестеринемии с аутосомно-доминантным типом наследования описаны как семейная гиперхолестеринемия (СГ). СГ могут вызывать изменения как минимум трех генов: аполипопротеина В-100 (APOB), гена рецептора липопротеинов низкой плотности (LDLR) и гена PCSK9, кодирующего конвертазу. На сегодняшний день описано всего 4 мутации гена APOB, вызывающих СГ - R3500Q, R3500W, R3531C и H3543Y; и все они расположены в одном 26 экзоне, что упрощает их диагностику. Частота мутаций гена APOB в России не изучена, описано лишь несколько случаев носительства мутации R3500Q у пациентов с СГ.

Цель: изучение частоты мутаций гена APOB вызывающих развитие СГ, в группе российских пациентов с выраженной гиперхолестеринемией.

Материалы и методы: В исследование включались пациенты не связанные родством с уровнем холестерина сыворотки крови более 7,5 ммоль/л и уровнем триглицеридов не более 3,5 ммоль/л, у которых были исключены вторичные причины дислипидемии (сахарный диабет, гипотиреоз, нефротический синдром) наблюдающиеся в ФГУ «РКНПК Росмедтехнологии». Все пациенты были тестированы на наличие у них мутаций 26 экзона, гена APOB методом анализа полиморфизма конформаций одноцепочечного фрагмента (SSCP). Образцы с аномальной подвижностью секвенировались на автоматическом секвенаторе ДНК ABI PRISM 3100-Avant.

Основные результаты: Всего в исследование было включено 730 пациентов. Мужчин было 334 чел. (46%), средний возраст мужчин 45,6±12,1 лет, женщин 49,8±11,8 лет. Общий холестерин в общей группе 8,9±1,7 ммоль/л, триглицериды 2,0±0,87 ммоль/л. При проведении SSCP фрагмента 26 экзона гена APOB аномальная подвижность была выявлена у 19 пациентов. 14 пациентов (1,9%) оказались носителями мутации R3500Q, 4 пациента (0,55%) H3543Y и 1 пациент(0,15%) R3531C. Дополнительно у всех пациентов была исключена мутация R3500W методом полиморфизма длины рестрикционных фрагментов.

Заключение: у пациентов с выраженной гиперхолестеринемией более 7,5 ммоль/л в 2,6% случаев причиной гиперхолестеринемии являются мутации гена APOB. Наиболее частой мутацией гена APOB в этой группе является мутация R3500Q(1,9%), мутации H3543Y и R3531C встречаются реже.

Работа поддержана грантами РФФИ № 08-04-00885-а и № 08-04-01148-а

0592 КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ЖЕНЩИН С ИБС И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Минаков Э.В., Кудашова Е.А.
ГОУ ВПО «Воронежская Государственная Медицинская Академия им. Н.Н.Бурденко Росздрава», Воронеж, Россия

Цель исследования: повышение эффективности терапии пациентов с ИБС и коморбидными тревожно-депрессивными расстройствами.

Методы исследования: обследовано 44 женщины со стабильной стенокардией напряжения (II–III ФК) и тревожно-депресссивными расстройствами. Средний возраст пациенток составил 49 лет. 7 женщин в менопаузе. Диагноз устанавливался на основании клиники, теста 6-минутной ходьбы, ЭКГ и суточного мониторирования ЭКГ, коронарографии, консультации психиатра.

Качество жизни пациенток определялось с применением специализированного Сиэттлского опросника для стенокардии (SAQ). С целью выявления тревоги и депрессии использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Уровень личностной (ЛТ) и реактивной (РТ) тревожности определяли с помощью шкалы Спилбергера-Ханина.

Обследование проводилось на 1-ый и 28-ой день терапии.

Терапия осуществлялась с применением стандартизованных алгоритмов ведения пациентов стабильной стенокардией.

Для лечения тревожно-депрессивных расстройств у 13 женщин использовали селективный анксиолитик афобазол в дозе 10 мг три раза в сутки в течение 4 недель. Группу сравнения составили 12 женщин, которым афобазол не назначался.

Результаты: при анализе данных статистически выверенных групп установлено, что пациентки с тревожно-депресссивными расстройствами составили 57% от всей выборки. Симптомы тревоги нарастали с возрастом и выявлены у всех женщин в менопаузе. Качество жизни пациенток с ИБС при наличии тревожно-депрессивных расстройств было достоверно хуже, чем у женщин с ИБС без психоэмоциональных нарушений. При добавлении афобазола в схему лечения пациенток отмечалось достоверное улучшение итогового показателя качества жизни (на 21%) по сравнению с женщинами, которым афобазол не назначался. Выявлено достоверное повышение показателей по шкалам стабильности стенокардии, оценки лечения, восприятию болезни (на 44,3, 41,2 и 41,6% соответственно). На фоне терапии афобазолом, по данным шкалы HADS, уровень тревоги снизился с 11,5±0,3 до 6,9±0,1. Показатели РТ и ЛТ уменьшились с 44,6±1,5 и 45,2±0,7 до 35,6±1,4 и 40,9±1,2 соответственно. Все пациентки, принимавшие афобазол, отмечали нормализацию сна.

Связанных с приемом препарата нежелательных явлений, послуживших причиной преждевременного прекращения терапии, не отмечалось.

Выводы: 1. Тревожно-депрессивные расстройства выявляются у 57% пациенток с ИБС. 2. Наблюдается взаимосвязь между уровнем тревоги с одной стороны и возрастом пациенток и состоянием менопаузы – с другой. 3. Использование афобазола у женщин с ИБС и тревожно-депрессивными расстройствами является значимым компонентом терапии.

0593 АНАЛИЗ СУТОЧНОЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Минаков Э.В., Кудаева Л.А.
ВГМА им. Н.Н, Бурденко, Воронеж, Россия

Цель. Изучить особенности вариабельности ритма сердца (ВРС) у пациентов с метаболическим синдромом (МС) и нару-

шением толерантности к углеводам (НТГ), МС и сахарным диабетов 2 типа (СД-2).

Материалы и методы. Обследовано 82 человека в возрасте 24-60 лет. Выделены 3 сопоставимые по возрасту группы: группа №1 - пациенты МС и НТГ (26 человек), группа №2 – пациенты с МС и СД-2 с длительностью диабета 5-10 лет (26 человек), группа №3 - практически здоровые люди (30 человек). Всем обследуемым проводилось холтеровское суточное мониторирование ЭКГ с после-дующим анализом ВРС. При оценке ВРС использовался новый, разработанный в РКНПК МЗ РФ доктором технических наук Соболевым А.В., подход, базирующийся на оценке вариаций коротких участков ритмограмм, средневзвешенной вариации ритмограммы (СВВР). Кроме того, анализировались традиционные параметры ВРС (SDNN, SDANN, NN50, RMSSD, pNN 50 и др.).

Результаты. По данным изучения СВВР за период 24-часового мониторирования в трех группах обследуемых выявлено снижение данного показателя у пациентов с МС и НТГ на 37%, у пациентов с МС и СД-2 на 57% по сравнению с группой здоровых лиц.

Анализ почасовых изменений СВВР в течение суток в трех группах обследуемых показал, что у здоровых лиц почасовые показатели СВВР остаются высокими на протяжении всего времени исследования, у пациентов с МС и СД-2 не достигают нормальных величин, у больных с МС и НТГ ночью значения СВВР являются нормальными, днем значительно снижены и численно приближаются к значениям СВВР у пациентов с МС и СД-2.

При сопоставлении почасовых изменений СВВР в течение наблюдения с динамикой RMSSD и pNN50, выявили, что увеличение показателя СВВР по времени совпадает с повышением RMSSD и pNN50, уменьшение данного показателя положительно коррелирует со снижением RMSSD и pNN50.

В результате проведенного анализа средних значений традиционных показателей ВРС, определили, что в группе здоровых все исследуемые показатели имеют нормальные значения, у больных с МС и СД-2 – значительно снижены, в группе пациентов с МС и НТГ они попадают в диапазон нормальных значений, но находятся около нижней границы нормы.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о наличии у пациентов с МС и СД-2 выраженной тяжелой автономной нейропатии. Обращает на себя внимание тот факт, что у пациентов с МС и НТГ в процессе анализа ВРС и прежде всего такого показателя, как СВВР, который в отношении этой группы больных является наиболее информативным, отмечаются изменения, аналогичные таковым в группе с МС и СД-2, то есть имеются все признаки снижения общей ВРС, ухудшения функционального состояния обследуемых, дисбаланса в вегетативной регуляции ритма сердца. Отличием лишь можно считать степень выраженности выявляемых изменений и тенденцию к их обратимости в ночное время. Следовательно, можно предположить, что процесс формирования автономной кардиопатии начинается задолго до развития СД-2, еще на уровне НТГ.

0594 ОЦЕНКА УПРУГОЭЛАСТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ АРТЕРИЙ НА РАННИХ СТАДИЯХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Минеева Е.Е., Твозденко Т.А.
НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения – Владивостокский филиал ГУ Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН, Владивосток, Россия

Структурно-функциональные изменения сосудистой стенки играют важную роль в патогенезе артериальной гипертонии (АГ). В большинстве исследований, посвященных изучению периферического кровообращения при АГ, основной акцент делается на оценку состояния артериол, которые определяют уровень общего периферического сопротивления. Значительно меньше известно о состоянии магистральных артерий (аорта, сонная, лучевая и бедренная артерии) при АГ, хотя они также влияют на уровень постнагрузки и могут способствовать ухудшению функции левого желудочка. С появлением неинвазивных методов в ряде исследований были получены достаточно противоречивые результаты состояния упругости и растяжимости артерий при АГ.

Целью нашего исследования явилась оценка изменений скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) на ранних стадиях АГ.

Проведено обследование 45 мужчин, средний возраст 36,1±2,1 лет. В 1-ю группу вошли 12 пациентов с высоким нормальным артериальным давлением (АД) – предгипертония, во 2-ю – 18 больных с эссенциальной АГ I стадии, не получающие антигипертензивную терапию. Контрольную группу составили 15 практически здоровых молодых мужчин того же возраста. Из исследования исключили пациентов с сопутствующей патологией, способной повлиять на результаты работы. СРПВ определяли в положении лежа на каротидно-феморальном (эластический тип артерий) и каротидно-радиальном (мышечный тип) сегментах (Сэ и См соответственно). Исследование проводили с использованием программного модуля «Поли-Спектр-ФС» фирмы «Нейрософт» (Россия). Статистическая обработка материала проводилась методами описательной статистики с использованием пакета прикладных программ «Statistica 6.0», непараметрических методов оценки.

В результате проведенного исследования выявлены достоверно значимые увеличения СРПВ и модуля упругости (Е) как для артерий мышечного (См, Ем), так и эластического (Сэ, Еэ) типов в обеих группах наблюдения. Более выраженные изменения эластичности были выявлены в артериях мышечного типа, так в 1-й группе См увеличилась на 49%, Ем в 2 раза, во 2-й группе – на 56% и в 3 раза соответственно ($p<0,05$) по сравнению с группой контроля. Для артерий эластического типа по мере повышения степени АГ также выявлено увеличение СРПВ и модуля упругости, которые характеризовались увеличением Сэ на 31% и Еэ на 85% в 1-й группе и на 37% и в 2 раза соответственно ($p<0,05$) во 2-й группе по сравнению с контрольной группой.

Таким образом, структурно-функциональные изменения артериальной стенки появляются на стадии предгипертонии и АГ I стадии. Измерение СРПВ на ранних стадиях АГ позволяет максимально рано выявить группу риска в данной популяции, а также среди здоровых лиц без использования дорогостоящих инвазивных методов.

0595 КЛИНИЧЕСКИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ «СЕМЕЙНОЙ» АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Минушкина Л.О., Бражник В.А., Носиков В.В., Затейщиков Д.А.*
ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ, Москва, Россия; ГНЦ РФ «ГосНИИ генетика»*, Москва, Россия

Целью исследования было изучить ассоциацию полиморфизма генов-кандидатов с клиническими особенностями артериальной гипертонии (АГ) у больных, имеющих отягощенный семейный анамнез.

Больные и методы исследования: Было обследовано 413 (229 мужчины и 184 женщины) больных с эссенциальной АГ. Средний возраст 60,3±0,59 лет. Оценка семейного анамнеза проводилась на основе опроса больного с помощью стандартного опросника ВОЗ “Семейный анамнез”. Семейный анамнез считали отягощенным при наличии у больного 2–х или более пораженных родственников 1 степени родства. Определение аллелей и генотипов полиморфных маркеров генов ACE, AGT, AT2R1, CYP11B2, NOS3, END1, GNB3, PPARA, PPARG2, MTHFR, CAT, SOD2, PON1, PON2 б APOB, APOE, LPL проводилось с использованием полимеразной цепной реакции.

Результаты. Больные с АГ, имеющие наследственную отягощенность, были моложе (58.9±0.75 лет и 61,3±0.89 лет соотв., $p=0,017$) и имели достоверно меньший возраст дебюта заболевания (44,4±0,84 лет и 47,5±1,03 лет; $p=0,013$), более высокие значения систолического (204,8±7,66 мм рт.ст. и 187,0±2,04 мм рт.ст.; $p=0,032$) и диастолического (111,2±1,05 мм рт.ст. и 107,3±1,17 мм рт.ст.; $p-=0,025$) по сравнению с больными АГ, не имеющими отягощенного семейного анамнеза. Среди больных с «семейной» АГ оказалась выше доля больных с АГ 3 ст. тяжести

(53,6% и 44,1%, p=0,018). По полу, индексу массы тела, наличию гипертрофии левого желудочка, диастолической дисфункции левого желудочка, толщине комплекса интима-медиа сонных артерий, уровню липидов крови группы достоверно не различались.

Ранний дебют АГ (в возрасте моложе 45 лет у мужчин и моложе 55 лет у женщин) был ассоциирован с носительством генотипа TT полиморфного маркера C825T гена GNB3 (OR 2,65 CI [1,27-5,54], p=0,005) и генотипа AA полиморфного маркера A(-153)G гена AT2R1 (OR 1,67 CI[1,03-2,77], p=0,024). Более высокий уровень АД, соответствующий АГ 3 степени в группе больных с отягощенным семейным анамнезом, был ассоциирован с носительством алелля Asn полиморфного маркера Lys198Asn гена EDN1 (OR 2,24 CI[1,20-4,18], p=0,008), аллеля 4a полиморфного маркера 4a/4b гена NOS3 (OR 2,23 CI[1,29-3,83], p=0,002), генотипа ArgArg полиморфного маркера Gln192Arg гена PON1 (OR 6,14 CI[1,46-25,67], p=0,01), аллеля T полиморфного маркера C825T гена GNB3 (OR 1,75 CI[1,11-2,76], p=0,01) и генотипа AA полиморфного маркера A(-153)G гена AT2R1 (OR 2,61 CI[1,29-5,34], p=0,005). У больных, не имеющих отягощенного семейного анамнеза, АГ 3 ст. была ассоциирована с более высокой частотой аллеля Ala полиморфного маркера Pro12Ala гена PPARG2.

Таким образом, для больных АГ, имеющих отягощенный семейный анамнез, характерно более раннее начало заболевания и более высокий уровень АД, по сравнению с больными, не имеющими отягощенной наследственности. Ранний дебют АГ ассоциирован с полиморфизмом генов AT2R1 и GNB3. У больных с семейной АГ более высокий уровень АД связан с полиморфизмом генов EDN1, NOS3, PON1, GNB3 и AT2R1, а у больных с «несемейной» АГ – с полиморфизмом гена PPARG2.

0596 ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭКСТРЕННОЙ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ И ИНТРАКОРОНАРНОГО ТРОМБОЛИЗИСА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ ST

Мирсайдуллаев М.М.
Лаборатория рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний Наманганского филиала РНЦЭМП, Кафедра факультетской терапии и народной медицины, Наманган, Узбекистан

Цель: Изучить влияния экстренной транслюминальной баллонной ангиопластики (ТЛБА) и интракоронарного тромболизиса на ремоделирование левого желудочка (ЛЖ) у больных острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемом ST.

Материалы и методы исследования В исследование были включены 30 больных ОКС с подъемом ST, поступивших в отделение терапевтической реанимации Наманганского филиала РНЦЭМП. Из них 20 мужчин (67%) и 10 женщин (33%). Возраст больных колебался от 33 до 76, в среднем 55±12,9. 15 больным первой группы была проведена ТЛБА, а 15 больным второй группы был произведен интракоронарный тромболизис. Среднее время от начала приступа до поступления в клинику составило 6,5±2,5 часа. Среднее время от момента поступления до реперфузии составило 60 минут.

Из исследования были исключены лихорадящие больные, пациенты с тяжелым поражением паренхиматозных органов, с тяжелым нарушениями сердечного ритма, с острым нарушениями мозгового кровообращения, с повышенной чувствительности к препаратам йода.

Коронароангиография проводилось на аппарате «BV PULSERA» фирмы «PHILIPS». КАГ проводилось под местной анестезией, трансфеморальным доступом по методу Сельдингера. Использовали контрастное вещество Ультравист-370. Последовательно катетеризована левая коронарная артерия (ЛКА), затем правая коронарная артерия (ПКА).

ЭхоКГ проводилось в 1 и 6 сутки после болезни. В В-режиме по формуле «Площадь-длина» рассчитывали индекс конечно-диастолического объема (КДО) левого желудочка (ЛЖ) в мл, индекс конечно-систолического объема (КСО) ЛЖ в мл, фракцию выброса (ФВ) ЛЖ в %.

Результаты и их обсуждение. Клинические характеристики и ангиографические показатели коронарных артерий (КА) у обеих групп больных было почти одинаково. Острая окклюзия передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) левой коронарной артерии (ЛКА) отмечена у 11 (37%) пациентов, огибающей ветви ЛКА у 8 (26%) пациентов и правой коронарной артерии (ПКА) у 9 (30%) пациентов. Интактные коронарные артерии (КА) выявлена у 2 (7%) больных. Восстановить проходимость КА удалось 32 пациентам (91%).

Стабилизация и восстановление сократительной функции ЛЖ отмечались на 3-4 сутки от начала болевого синдрома. Индекс КСО у больных с ангиопластикой был 30±12, а у второй группы 44±10. Индекс КДО у первой группы составил 60±14, а у второй группы 80±12. Фракция выброса ЛЖ в группе ангиопластики составил 55±14% и в группе тромболизиса 44±12%.

Выводы: 1. Коронароангиография при ОКС позволяет достоверно оценить степень поражения КА и более дифференцированно выбрать метод реканализации инфарктзависимой артерии.

2. ТЛБА и интракоронарный тромболизис позволить достичь эффективного раскрытия КА и снизить летальность от ОКС с подъемом ST.

0597 ПРИМЕНЕНИЕ 24-ЧАСОВОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ И ИНТРАКОРОНАРНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Мирсайдуллаев М.М.
Лаборатория рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний Наманганского филиала РНЦЭМП, Кафедра факультетской терапии и народной медицины, Наманган, Узбекистан

Цель. Оценка эффективности экстренной транслюминальной баллонной ангиопластики и интракоронарного тромболизиса у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемом ST методом 24-часовой мониторирование ЭКГ.

Материалы и методы исследования: Были обследованы 35 больных ОКС с подъемом ST, поступивших в отделение терапевтической реанимации Наманганского филиала РНЦЭМП. Из них 25 мужчин и 10 женщин. 20 больным первой группы была проведена ТЛБА, а 15 больным второй группы был произведен интракоронарный тромболизис.

Коронароангиография проводилось на аппарате «BV PULSERA» фирмы «PHILIPS». КАГ проводилось под местной анестезией, трансфеморальным доступом по методу Сельдингера. Использовали контрастное вещество Ультравист-370. Последовательно катетеризована левая коронарная артерия (ЛКА), затем правая коронарная артерия (ПКА).

ЭхоКГ проводилось в 1 и 6 сутки после болезни. В В-режиме по формуле «Площадь-длина» рассчитывали индекс конечно-диастолического объема (КДО) левого желудочка (ЛЖ) в мл, индекс конечно-систолического объема (КСО) ЛЖ в мл, фракцию выброса (ФВ) ЛЖ в %.

Для оценки эффективности баллонной ангиопластики и интрокоронарного тромболизиса проведено 24-часовой мониторирование ЭКГ. 24-часовое мониторирование ЭКГ проводилось на аппарате в 1 и 7 сутки болезни. При регистрации эпизодов ишемии миокарда определяли частоту эпизодов ишемии, степень элевации сегмента ST от изолинии, склонность снижения сегмента ST после процедуры, нарушения ритма, продолжительность одного эпизода и суточную ишемию миокарда за сутки. В процессе исследования больные были разделены на группы в зависимости от степени восстановления сократительной функции миокарда ЛЖ после баллонной ангиопластики и интрокоронарного тромболизиса. Группу А составили 18 больных, у которых ФВ ЛЖ была выше 50%, а группу В составили 17 больных с ФВ ЛЖ меньше 50%, изме-

ренной на 7 сутки болезни. По клинической характеристике и проведенной терапии сравнительные группы не различались между собой. Всем больным назначалась медикаментозная терапия включающая гепарин, аспирин, бета-блокаторы, ИАПФ, нитраты.

Результаты и их обсуждение. Анализ результатов суточного мониторирования ЭКГ выявил ряд различий между группами. Скорость снижения сегмента ST в группе А достоверно отличалась от показателя группы В (1280,2±173,6, против 952,5±34,0 мкВ х ч, $p<0.05$). общее количество эпизодов смещения сегмента ST, измеренное на 7 сутки в группе В, было на 23,2% больше, чем в группе А (соответственно 4,3±1,2 и 3,3±0,9, $p<0.05$), суммарная продолжительность всех эпизодов ишемии миокарда за сутки в группе В (22,9±2,9 мин) также была достоверно больше на 44,9%, чем в группе А (12,6±2,6 мин, $p<0.05$)

Выводы: 1. Суточное мониторирование ЭКГ в первые сутки после баллонной ангиопластики и интрокоронарного тромболизиса является высокоинформативным методом исследования, позволяющим оценивать эффективность проведенного эндоваскулярного вмешательства у больных с ОКС с подъемом сегмента ST.

2. Наличие как болевых, так и безболевых эпизодов ишемии после баллонной ангиопластики и интрокоронарного тромболизиса у больных ОКС с подъемом сегмента ST приводит к более медленному восстановлению сократительной функции миокарда.

0598 ПЛЕЙОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ АТОРВАСТАТИНА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Митченко Е.И., Романов В.Ю., Кулик О.Ю., Якушко Л.В., Илюшина А.Я.
ННЦ "Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско", АМН Украины, Киев, Украина

Цель: изучить возможные плейотропные эффекты аторвастатина на уровни адипонектина и лептина, а также чувствительность к инсулину у пациентов с метаболическим синдромом (МС).

Методы: обследовано 87 пациентов с МС, определенным по критериям ATP III. Определялись: индекс массы тела (ИМТ), объем талии, суточное мониторирование артериального давления, эхокардиография, тощаковые уровни лептина, адипонектина, глюкозы, инсулина, с определением HOMA-индекса. Инсулинорезистентность (ИР) диагностировалась при повышении HOMA-индекса >2,77 у.е. В течение 24 недель все пациенты получали аторвастатин (А) в суточной дозе 10 мг. Сахароснижающая терапия у пациентов с сахарным диабетом 2 типа в течении наблюдения не изменялась.

Результаты: выявлено повышение уровня адипонектина с 1,8±0,2 мг/мл до 2,3±0,3 мг/мл после первых 4 недель приема (А) и достижение уровня 4,5±0,1 мг/мл в конце наблюдения. На фоне отсутствия изменений ИМТ, уровня лептина, у пациентов отмечалось уменьшение проявлений ИР, значение HOMA-индекса снизилось с 3,9±0,1 до 2,7±0,3 усл.ед после 4 недель терапии статином и полное восстановление инсулиночувствительности (HOMA-индекс 2,3±0,1 усл.ед) после 24 недель приема А. Повышение уровня адипонектина у пациентов с МС наблюдалось параллельно со снижением уровня триглицеридов и повышением холестерина липопротеидов высокой плотности.

Заключение: повышение уровня адипонектина и уменьшение инсулинорезистентности может быть результатом дополнительных плейотропных эффектов аторвастатина у пациентов с метаболическим синдромом.

0599 ЭЛЕКТРОФОРЕТИЧЕСКАЯ ПОДВИЖНОСТЬ ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В ПРОЦЕССЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ АУТОГЕМОМАГНИТОТЕРАПИИ

Митьковская Н.П., Ласкина О.В., Левин В.И., Кирковский В.В.
Белорусский государственный медицинский университет, НИИ гематологии и переливания крови МЗ РБ, УЗ «9-я ГКБ», Минск, Беларусь

Целью исследования являлось изучение влияния экстракорпоральной аутогемомагнитотерапии (ЭАГМТ) на электрофоретическую подвижность эритроцитов с острым коронарным синдромом.

Метода исследования. Наблюдались 10 пациентов с диагнозом нестабильная стенокардия и 5 пациентов с диагнозом мелкоочаговый инфаркт миокарда в возрасте 61,2±3,6 лет; 58% составили мужчины, 42% женщины. Пациентам проводилась экстракорпоральной аутогемомагнитотерапия аппаратом HEMOSPOK с индукцией магнитного поля 120 мТл, 20 минут, 4 процедуры ежедневно. Контрольную группу составили 12 доноров в возрасте 51,1±0,5 лет.

Электрофоретическая подвижность эритроцитов (ЭФПЭ) измерялась на цитоферометре фирмы «Оптон». Для определения электрофоретической подвижности в прибор вносили суспензии эритроцитов, трижды отмытых физиологическим раствором и однократно – фосфатным буфером. Величину ЭФПЭ выражали в μс.1V.1см. Для расчета применялась формула V=S/ET , где S-расстояние, на которое переместилась исследуемая клетка(μ); T-время в секундах, в течении которого клетка переместилась на указанное расстояние; E- напряженность электрического поля в V/см- постоянная при заданных условиях величина.

Результаты и выводы. Средний уровень ЭФПЭ у доноров составил 1,164± 0,003 μс.1V.1см. Средний уровень ЭФПЭ у пациентов с острым коронарным синдромом до выполнения экстракорпоральной аутогемомагнитотерапии 1,109±0,011μс.1V.1см ($p<0,05$). После проведения первой ЭАГМТ электрофоретическая подвижность эритроцитов увеличилась до 1,156±0,008μ.с1V.1см ($p<0,05$). После курса магнитотерапии ЭФПЭ составила 1,169±0,009μс.1V.1см ($p<0,05$). Отмечено статистически достоверное увеличение поверхностного заряда клетки уже после 1-й процедуры, сохраняющееся после проведения всего курса ЭАГМТ.

Таким образом, электрофоретическая подвижность у больных с острым коронарным синдромом по сравнению с показателем доноров была снижена. Применение экстракорпоральной аутогемомагнитотерапии приводило к улучшению электрофоретической подвижности эритроцитов у больных с острым коронарным синдромом.

0600 ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Митьковская Н.П, Статкевич Т.В.
БГМУ, Минск, Беларусь

В исследование включены 56 больных ИБС, 36 из которых имели признаки метаболического синдрома, 20 - составили группу сравнения. Указанные группы были сопоставимы по полу, возрасту, формах ИБС и проводимой терапии.

Использовались клинические, лабораторные, инструментальные методы исследования. Оценка психоэмоционального и вегетативного статуса проводилось с использованием шкалы Цунга для оценки депрессии; методики для оценки уровней тревожности Ч.Д. Спилбергера; теста Mini-Mult, методики для диагностики типа отношения к болезни, таблицы для оценки исходного вегетативного тонуса, расчета вегетативных показателей, оценки рефлексов, ортоклиностатической пробы.

Изучение особенностей психоэмоционального статуса посредством проведения тестирования с использованием методики Mini-Mult выявило преобладание в группе больных ИБС с метаболическим синдромом более высоких значений по основным шкалам опросника, что свидетельствует о склонности данной категории больных к образованию аффективных и ригидных концепций, возникающих в связи с неудовлетворенностью жизнью и занимаемым в обществе положением. Личностные особеннос-

ти изучаемой группы характеризуются наличием расстройств тревожно-депрессивного спектра, сниженным фоном настроения, затруднением социальных контактов.

При оценке уровней реактивной и личностной тревожности установлено преобладание в группе больных ИБС с метаболическим синдромом лиц, имеющих высокие значения изучаемых показателей - 30% больных исследуемой группы при анализе реактивной тревожности (группа сравнения – 8%), 83% при анализе личностной тревожности (группа сравнения 55%).

По результатам применения опросника Цунга выявлена большая частота встречаемости расстройств депрессивного спектра в исследуемой группе – 39% (группа сравнения – 20%).

Структура больных в зависимости от типа отношения к болезни в исследуемой группе характеризовалась большей частотой встречаемости типов реагирования на болезнь с интерпсихической и интрапсихической направленностью. Эмоционально-аффективный аспект отношений у больных клинически выражался в реакциях по типу раздражительной слабости, подавленном, угнетенном состоянии, «уходом» в болезнь, «капитуляцией» перед заболеванием. Было характерно сенсибилизированное отношение к болезни, которое, вероятно, в наибольшей степени связано с преморбидными особенностями личности больных.

Оценка вегетативного статуса включала в себя изучение вегетативного тонуса, вегетативной обеспеченности и вегетативной реактивности. Анализ указанных показателей выявил преобладание в группе больных ИБС с метаболическим синдромом лиц, имеющих измененную (высокую или низкую) и извращенную вегетативную реактивность, избыточную вегетативную обеспеченность деятельности и большую вероятность преобладания симпатических расстройств.

0601 КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И ОСОБЕННОСТЕЙ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ЛИЦ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Митьковская Н.П., Григоренко Е.А., Авдей Л.В., Картун Л.В.
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Неоспоримая взаимосвязь всех компонентов метаболического синдрома (МС) с угрозой ранней инвалидизации и снижением общей продолжительности жизни вследствие развития сопутствующих заболеваний определяет неослабевающий научный интерес к этой проблеме и ее медико-социальную значимость.

Целью исследования является оценка особенностей течения коронарного атеросклероза и гормонального статуса у лиц с МС, включающая комплексное антропометрическое и клинико-инструментальное обследование больных с ранней манифестацией ишемической болезни сердца (ИБС), определение содержания адипокинов, гормонов гипофизарно-тиреоидной, надпочечниковой системы, островкового аппарата поджелудочной железы.

Материалы и методы исследования. Обследовано 114 пациентов с ИБС, 55 из которых имели МС. Методы обследования включали сбор анамнеза, клиническое наблюдение, комплекс антропометрических, лабораторных и инструментальных (ЭКГ-12, ЭхоКГ, ВЭП, мультиспиральная КТ) исследований, направленных на верификацию диагноза ИБС. Состояние гормонального статуса оценивали по базальному уровню иммунореактивного инсулина (ИРИ), кортизола, тиреотропного гормона (ТТГ), трийодтиронина (Т3), тироксина (Т4) и адипокинов (лептина, адипонектина) в сыворотке крови радиоиммунным методом. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц с нормальной толерантностью к глюкозе в возрасте 40-49 лет.

Полученные результаты и выводы. Анализ результатов ЭКГ-12, ВЭП, ЭхоКГ и МСКТ позволил доказать наличие коронарного атеросклероза у всех больных, включенных в исследование. Основным критерием прекращения ВЭП в группе ИБС+МС были одышка и сердцебиение, в группе ИБС – приступы стенокардии (61,32±3,2%, 87,56±4,4%, $p<0,05$). У пациентов с МС время выполнения нагрузки было менее продолжительное (487,56±12,6 с., 716,48±15,4 с., $p<0,05$), что свидетельствует о более низких функциональных резервах сердечно-сосудистой системы и в значительной мере снижает диагностическую информативность ВЭП ввиду отсутствия достижения субмаксимальной ЧСС. При анализе данных ЭхоКГ в доплеровском режиме у пациентов с ИБС+МС выявлено увеличение соотношения пиков Е и А на митральном клапане (1,15±0,1, 0,67±0,1, $p<0,05$), что отражает наличие диастолической дисфункции миокарда левого желудочка на начальных этапах развития ИБС. Кальциевый индекс, рассчитанный по методу A. S. Agatston в возрастной группе 40 – 49 лет, у больных ИБС+МС составил 157,46±8,5 ед., у пациентов без МС – 28,63±7,1 ед., $p<0,05$. В гормональном спектре у пациентов ИБС+МС выявлена тенденция к повышению уровня ТТГ (3,84±0,31 мМЕ/л, 2,83±0,45 мМЕ/л), увеличено содержание в крови лептина (36,88±4,49 нг/мл, 14,21±2,11 нг/мл, $p<0,05$), базального инсулина (185,31±12,87 пмоль/л, 75,12±14,42 пмоль/л, $p<0,05$), отмечается достоверное снижение уровня адипонектина (14,71±1,32 нг/мл, 27,48±5,97, $p<0,05$) , индекса Caro (0,29±0,02, 1,04±0,16, $p<0,05$), что свидетельствует о нарушении чувствительности тканей к инсулину на фоне дефицита адипонектина и выраженной лептинорезистентности.

0602 ОСОБЕННОСТИ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ И НЕКОТОРЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ МОЗГА

Митьковская Н.П., Мансуров В.А., Герасименок Д.С., Картун Л.В., Попова И.И.
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Цель. Риск развития ишемических повреждений мозга (ИПМ) у больных острым коронарным синдромом (ОКС) колеблется около 1%, но случаи сочетания острой коронарной и церебральной патологии ассоциированы с высокой смертностью. Целью исследования являлось изучение вклада изменений реологических свойств крови и некоторых биохимических показателей в развитие ИПМ у больных ОКС.

Методы исследования. Исследовались реологические свойства крови, состояние про- и антиоксидантных систем организма, липидный спектр у больных с ОКС, осложненным ИПМ. В качестве группы сравнения выступали пациенты с изолированным острым ИПМ. Определение реологических свойств крови производилось на ротационном вискозиметре ВИР-78ЭМ. Исследование конечных продуктов свободнорадикального окисления (СРО) проводилось по тесту с тиобарбитуровой кислотой, количественное определение компонентов липидного спектра выполнялось с помощью биохимического анализатора «Konelab». Оценка показателей крови проводилась в момент поступления пациента и после интенсивной терапии в стационаре. В процессе лечения пациентов с ОКС, осложненным ИПМ, использовалась антиангинальная, обезболивающая, антикоагулянтная (низкомолекулярные гепарины) терапия и системный тромболизис.

Результаты и выводы. Исходные показатели гидродинамической вязкости крови не отличались у пациентов ОКС, осложненным острым ИПМ и больных с изолированным острым ИПМ (4,15±0,13 и 3,64±0,22 мПа*с, соответственно, $p>0,05$). Спустя 7 суток установлено достоверное снижение вязкости крови у пациентов с острой кардиоцеребральной патологией на фоне проводимой терапии, в сравнении с результатами группы сравнения, в которой получено увеличение вязкости крови (3,65±0,15 и 4,2±0,06 мПа*с ,соответственно, $p<0,01$).

Малоновый деальдегид в группе больных ОКС, осложненным ИПМ достоверно снизился в процессе проводимой терапии, тогда как в группе сравнения имело место увеличение его уровня (1,3±0,1 и 1,7±0,2 мкмоль/мгHb, соответственно,

p<0,05). Достоверные отличия в уровнях фракций липопротеинов между основной группой и группой сравнения отсутствовали.

Уровень супероксиддисмутазы не отличался у больных ОКС, осложненным ИПМ и больных с изолированным острым ИПМ. В процессе интенсивной терапии в группе больных ОКС, осложненным ИПМ, уровень супероксиддисмутазы не изменялся, в то время как в группе сравнения больных с изолированным ИПМ он снизился (4,9±0,4 и 3,7±0,2 ед/мг Hb соответственно, p<0,01).

Таким образом, динамика некоторых реологических и биохимических показателей у больных с ОКС, осложненным ИПМ и больных с изолированным острым ИПМ свидетельствует о более благоприятной направленности изменений у больных с острой кардиоцеребральной патологией в сравнении с результатами у больных группы сравнения. Результаты лечения ОКС, осложненного ИПМ, зависели от своевременности и адекватности применения тромболизиса, антикоагулянтной и антиангинальной терапии.

0603 АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ НАГРУЗОЧНОГО ТЕСТА У ЖЕНЩИН С БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА

Митьковская Н. П., Патеюк И. В.
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Цель исследования – определить толерантность к физической нагрузке у женщин с безболевой ишемии миокарда репродуктивного и пострепродуктивного периодов жизни.

Методы исследования. Всем женщинам проведены: суточное мониторирование ЭКГ в условиях обычной двигательной активности и велоэргометрическая проба, выполненная по стандартному протоколу с непрерывно возрастающей нагрузкой. Проба прекращалась при достижении субмаксимальной ЧСС либо при появлении критериев прекращения пробы. У женщин с сохраненной репродуктивной функцией нагрузочный тест проводился дважды: на 14-й день овариально-менструального цикла (фолликулярная фаза; в этот период уровень эстрогенов максимален) и на 28-й день цикла (конец лютеиновой фазы, характеризующийся минимальной концентрацией овариальных гормонов).

Результаты исследований. 28 женщин с выявленной методом суточного мониторирования ЭКГ безболевой ишемией миокарда в зависимости от состояния репродуктивной функции разделены на 2 группы. В 1-ю группу (n=16) включены пациентки с сохраненной репродуктивной функцией, во 2-ю группу (n=12) – женщины в пострепродуктивном периоде (постменопауза).

В ходе проведения велоэргометрической пробы субмаксимальной ЧСС достигали чаще женщины из 1-й группы при выполнении исследования на 14-й день цикла. Неинформативные тесты встречались в обеих группах обследуемых. Причинами прекращения теста были гипертензивная реакция, жалобы на усталость, одышку. Доля неинформативных проб была наибольшей в 1-й группе при выполнении исследования на 28-й день овариально-менструального цикла.

Максимальная продолжительность выполнения нагрузки у пациенток 1-й группы на 14-й день цикла составила 544,65±11,3 секунд, на 28-й день - 475,49±13,8 секунд (p<0,05 в сравнении с 1-й группой на 14-й день исследования), во 2-й группе - 378,38±14,2 секунд (p<0,05 в сравнении с 1-й группой на 14-й и 28-й дни овариально-менструального цикла).

Средний показатель объёма выполненной работы у женщин 1-й группы на 14-й день цикла - 4800,8±145,5 кгм, на 28-й день цикла - 3670,9±116,3 кгм (p<0,05). У пациенток 2-й группы этот показатель составил 2760,5±140,2 кгм, что ниже соответствующих значений показателя у женщин 1-й группы, обследованных на 14-й (p<0,05) и 28-й (p<0,05) дни овариально-менструального цикла.

Выводы. Толерантность к физическим нагрузкам у женщин репродуктивного периода с безболевой ишемией миокарда выше, чем у женщин, находящихся в постменопаузе. Более высокая толерантность к физической нагрузке у женщин репродуктивного периода наблюдается при проведении исследования в фолликулярную фазу (14-й день) овариально-менструального цикла.

0604 МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ВЕТЕРАНОВ СПОРТА

Михайлова А.В., Смоленский А.В., Сагитова В.В., Белоцерковский З.Б., Любина Б.Г.
НИИ спортивной медицины Российского государственного университета физической культуры, спорта и туризма, Москва, Россия

Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы (ССС) является одним из важнейших критериев оценки воздействия систематической спортивной тренировки на организм человека.

Целью настоящей работы было изучение морфо-функциональных и гемодинамических особенностей ССС у ветеранов спорта в зависимости от двигательного режима, спортивной специализации, пола, наличия факторов риска и стратификация риска возникновения ИБС.

Комплексному клинико-функциональному и лабораторному исследованию были подвергнуты 114 ветеранов спорта в возрасте 40-75 лет (92 мужчины, 22 женщины). При анализе материала полученные данные сравнивали с результатами исследования лиц соответствующего возраста, не занимавшихся в прошлом спортом – контрольная группа в количестве 36 мужчин, 64 женщин, у которых ИММЛЖ не превышал уровень нормы. Критерием включения в исследование являлось наличие спортивного разряда не ниже мастера спорта международного класса. По спортивной специализации ветераны спорта были разделены на 4 группы: игровые виды спорта – 28%; циклические виды спорта – 45%; сложно-координационные – 17%; силовые – 7%.

У ветеранов спорта при ЭхоКГ исследовании отмечалось достоверное увеличение большинства линейных размеров, а также индекса ММЛЖ по сравнению с контрольной группой.

Наибольшие размеры ЛП, толщины стенок, объемных величин полости ЛЖ, ММ, ИММЛЖ наблюдались в группах с эксцентрической и концентрической гипертрофией левого желудочка (ЭГЛЖ и КГЛЖ) и достоверно отличались по сравнению с группой с нормальной геометрией ЛЖ. Обнаружена достоверно более частая наджелудочковая активность у ветеранов спорта с ЭГЛЖ и КГЛЖ по сравнению с лицами с наличием нормальной геометрии ЛЖ; более высокий класс градаций нарушений ритма по классификации Лауна, мерцательная аритмия 8 в раз чаще встречалась в группе с КГЛЖ. Среди ветеранов с ЭГЛЖ и КГЛЖ достоверно чаще выявляются non-dipper и night-peaker суточные профили АД.

Многофакторный анализ риска развития сердечно-сосудистых заболеваний показал, что наиболее весомым является фактор наличия ГЛЖ вес которого составил 52% (r-0.70), САД – 23% (r-0,64), ММЛЖ – 6% (r-0,54), иММЛЖ – 7% (r-0,70), ТЗСЛЖ – 6% (r-0,47), возраст – 5% (r-0,6), размер ЛП – 1% (r-0,53). Ветераны спорта, продолжающие занятия спортом с учетом вышеперечисленных факторов риска в 33% относятся к категории обычного риска, по 4,5% к категории низкого, среднего и высокого риска, а ветераны спорта, прекратившие занятия спортом имеют обычный риск в 12%, низкий риск – 6,3%, средний риск – 5,4%, высокий риск – 26%, и очень высокий – 3,6%.

0605 МИОКАРД МЫШЕЙ MDX КАК МОДЕЛЬ КАРДИОМИОПАТИИ

Михайлов В. М., Мамаева Г. И., Веженкова И. В.
Институт Цитологии РАН, Городская больница №31, Санкт-Петербург, Россия

Цель: морфофункциональный анализ миокарда мутантных мышей mdx, дефектных по синтезу дистрофина, и их нормального аналога, мышей C57BL/6.

Методы. Объектом исследования был миокард мышей C57BL/6 и mdx. Использованными методами исследования были световая и электронная микроскопия, морфометрическая оценка концентрации кардиомиоцитов в 1 мм3 миокарда и удельной плотности митохондрий, электрокардиография, выявление в миокарде как среднемолекулярных так и низкомолекулярных фрагментов ДНК при электрофорезе в ПААГ и иммуноморфологическая регистрация двунитевых разрывов (ДР) ДНК при помощи антител к фосфорилированной форме гистона H2Ax (гистон γ-H2Ax). Как динамический стресс (ДС) применили 5-минутное плаванье в воде при 130 С;

Результаты. У мышей mdx при обычных условиях содержания в миокарде обнаружены такие признаки начальной стадии апоптоза как присутствие в экстрагированной из миокарда ДНК фрагментов размером 65 тыс. пар нуклеотидов, наличие в водно-солевом экстракте миокарда фактора (эндонуклеазы), фрагментирующего ДНК E.coli и сниженная удельная плотность митохондрий с 0,329±0,018 до 0,274±0,016 по сравнению с кардиомиоцитами мышей C57BL. В это же время морфологически апоптоз кардиомиоцитов идентифицировался крайне редко. Таким образом, кардиомиоциты мышей mdx постоянно находятся на начальной стадии апоптоза, избегая вступления в деструктивную стадию апоптоза. По данным морфометрии, у мышей mdx содержание ядер кардиомиоцитов в 1 мм^3 левого миокарда было (25,7±2,9; 37,3±3,1 и 34,3±2,4) x 103 для верхушки, середины и основания сердца. Эти величины были достоверно ниже чем содержание кардиомиоцитов в левом миокарде у мышей C57BL/6/, (40,3±4,3; 41,6±2,3 и 42,1±4,6) x 103 для верхушки, середины и основания сердца. Эти результаты указывают на гипертрофию кардиомиоцитов мышей mdx. По данным электрокардиографического исследования все изученные мыши mdx, независимо от пола и веса (n=15) характеризовались во всех отведениях отрицательной реполяризацией пика Т. Таким образом, полученные данные указывают на наличие у кардиомиоцитов мышей mdx значительных метаболических нарушений, сопровождающихся нарушением реполяризации. миокарда. ДС усиливал повреждение миокарда мышей mdx. Повреждение миокарда проявлялось, в первую очередь, в появлении в ядрах кардиомиоцитов мышей mdx низкомолекулярного распада ДНК и двунитевых разрывов ДНК в ближайшее время после ДС. Через сутки после ДС концентрация клеток в миокарде мышей mdx уменьшалась на 2,9±0,3%, в том числе и концентрация кардиомиоцитов на 2,8%. ДС также вызывал повреждение ДНК в ядрах кардиомиоцитов мышей C57BL, которые не сопровождались потерей кардиомиоцитов

Выводы. Сравнительное изучение левого миокарда мышей mdx и их нормального аналога мышей C57Bl/6 показывает, что сердце мышей mdx находится в состоянии кардиомиопатии. Для кардиомиоцитов мышей mdx характерно состояние окислительного стресса и глубокие нарушения метаболизма, которые, однако, не вызывают значительной гибели кардиомиоцитов при обычном содержании животных. Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ, гранты 05-04-49609, 02-04-49870, 99-04-49583 и 97-04-48764.

0606 17-ЛЕТНИЙ МОНИТОРИНГ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМЕРТНОСТИ ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Михеева М.В., Волкова Э.Г., Левашов С.Ю.,
Уральская Государственная Медицинская Академия Дополнительного Образования, Челябинск, Россия

В структуре общей смертности населения трудоспособного возраста сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают ведущее место, среди которых наиболее распространенными причинами смерти являются – ишемическая болезнь сердца, острый инфаркт миокарда и цереброваскулярные заболевания.

Целью исследования было изучение динамики показателей смертности лиц трудоспособного возраста в Челябинской области от ССЗ в период 1990-2006 годы.

Материалы и методы. Проанализированы стандартизованные по Европейскому коэффициенту показатели смертности населения Челябинской области от сердечно-сосудистых заболеваний в возрасте 25-64 года.

Результаты. При анализе показателей смертности от ССЗ было отмечено, что динамика этих показателей носит волнообразный характер, с максимальным повышением и последующим снижением каждые 4-5 лет: 1990г – 267,0 на 100 000, 1994г– 448,8, 1998г- 316,8, 2003г – 487,4, 2006г – 405,1. При этом показатели за 2006г в 1,5 раза выше, чем в 1990 году.

В структуре смертности от ССЗ первое ранговое место занимает ИБС Пики смертности населения трудоспособного возраста от ИБС отмечены в те же годы, что и общая смертность от ССЗ: 1990г – 141,2 на 100 000, 1994г– 248,2, 1998г- 168,7, 2003г – 223,5, 2006г – 175,7. В тоже время показатели за 2006 год на 25% превышают таковые по сравнению с 1990 годом

Динамика показателей смертности от ОИМ характеризуется теми же волнообразными тенденциями, как и смертность от ИБС, но без выраженных колебаний. Наиболее высокий уровень смертности был в 1995 году – 44,8 на 100 000 трудоспособного населения. В остальные годы показатели оставались на уровне от 30,4 (1991 год) до 37,4 (2006 год) (+25%).

Показатели смертности от цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) почти в 2 раза больше таковых от ОИМ, и характеризуются теми же тенденциями, как и общая сердечно-сосудистая смертность: 1990г – 62,6 на 100 000, 1994г– 86,2, 1997г- 72,7, 2002г – 116,6, 2006г – 73,4. При этом показатели за 2006 год на 18% выше, чем в 1990 году.

Половозрастной анализ показателей смертности от ИБС, ОИМ, ЦВЗ выявил аналогичные тенденции в различных возрастных категориях, не зависимо от пола. Особенно неблагоприятная ситуация отмечена в возрасте 55 - 64 лет, как у мужчин, так и у женщин. Причем смертность от ССЗ в целом среди мужчин данной возрастной группы почти в 2,5–3 раза превышает таковую в аналогичной женской возрастной группе, от ИБС – в 4-4,5 раз, от ОИМ – в 3,8-4,3 раз. Также отмечается тенденция к росту смертности от ИБС, ЦВБ и в меньшей степени от ОИМ в более молодом возрасте (25-34 лет) как среди мужчин, так и среди женщин.

Выводы. Анализ показателей смертности среди лиц трудоспособного возраста позволяет провести экономическое обоснование расходов при проведении лечебных и профилактических мероприятий, сконцентрировать ресурсы и при меньших затратах добиться больших результатов как на популяционном уровне, так и в группах высокого риска.

0607 ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ПАТОЛОГИЕЙ ПЕЧЕНИ

Михеева О. М., Лазебник Л. Б.
Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва, Россия

Артериальная гипертония (АГ) наблюдается у 15-25% взрослого населения, из них у 30% больных АГ сочетается с патологией печени.

Цель. Оптимизировать лечение больных с АГ и патологией печени на основании фармакокинетических и фармакодинамических особенностей ингибиторов АПФ и β-адреноблокаторов.

Методы и материалы. Для оценки эффективности препаратов проводилось СМАД. В исследование включено 360 больных с АГ в сочетании со стеатозом, циррозом (ЦП) и контрольная группа – с нормальной функцией печени (больные с язвенной болезнью -ЯБ). Каждая группа была разделена на подгруппы (в зависимости от назначаемых препаратов: эналаприл или лизиноприл по 10 мг, атенолол или метопролол по 50 мг). Определение концентраций препаратов осуществлялось методом высокоэффективной жидкостной хроматографии.

Результаты. Уровень максимальной концентрации (Cmax) активного метаболита эналаприла (эналаприлата), в отличие от лизиноприла, снижается в зависимости от выраженности нарушений печени. У пациентов ЦП выявлено наибольшее снижение уровня

Cmax эналаприлата, чем в контрольной группе (38,8±9,3 vs 58,1±1,41 нг/мл p<0,001). В отличие от атенолола концентрация метопролола при патологии печени изменяется. Выявлено повышение C max в группе больных ЦП по сравнению с показателями у больных с ЯБ (18,98±4,94 и 10,22±1,79 нг/мл P<0,001). С помощью СМАД мы проводили сравнительную оценку эффективности препаратов. У 46,7 % больных ЯБ эналаприл в дозе 10 мг приводил к стабильному гипотензивному эффекту в сравнении с 23,3 % больных ЦП. При лечении лизиноприлом хороший гипотензивный эффект был получен у 53,3 % больных с ЦП. При анализе результатов лечения метопрололом отмечено достоверно максимальное урежение минимальной ЧСС у больных ЦП до 49,93±5,15 ударов в минуту (на 18,24%) в сравнении с группой пациентов ЯБ (10,34%, p=0,001).

Выводы. По выраженности гипотензивного эффекта лизиноприл рекомендуется для лечения больных с АГ и ЦП. Атенолол, в отличие от метопролола, может применяться при лечении АГ у больных, независимо от функционального состояния печени.

0608 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ АНТАГОНИСТАМИ ВИТАМИНА К У БОЛЬНЫХ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ (ПО ДАННЫМ ПЯТИЛЕТНЕГО ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ)

Михеева Ю.А.
ФГУ РКНПК, Москва, Россия

Цель исследования: на основании анализа клинических, лабораторных и фармакогенетических характеристик больных мерцательной аритмией (МА), длительно принимающих антагонисты витамина К (АВК), разработать алгоритм мероприятий по повышению эффективности и безопасности данной терапии.

Материалы и методы: включено 122 пациента с МА без поражения клапанного аппарата сердца (CHADS2 1,7±1,3). В качестве АВК использовались препараты аценокумарол, варфарин (В) (МНО 2,0-3,0). Период наблюдения- 5 лет. Определение носительства аллельных вариантов генов CYP2C9, VKORC1 проводили методом ПЦР-ПДРФ у больных, принимающих В. Результаты представлены как M±SD.

Результаты. В период наблюдения 83% пациентов находились в терапевтическом диапазоне антикоагуляции (МНО 2,0-3,0). Среднее МНО у 17% больных находилось в диапазоне 1,85±0,16. Среднее МНО за 5 лет терапии составило 2,35±0,47. За пятилетний период наблюдения у 12 больных случились 13 ишемических инсультов (5 фатальных) и 3 ТИА. Частота ишемического инсульта составила 1,2% в год у пациентов без ИИ/ТИА в анамнезе и 2% в год у пациентов с ИИ/ТИА в анамнезе. На фоне отмены терапии АВК (7 и > дней) произошло 25% ишемических событий. Уровень антикоагуляции в терапевтическом диапазоне (МНО 2-3) на момент развития ИИ был только у 2 больных. Нефатальные инсульты, произошедшие на фоне терапии АВК, не были инвалидизирующими, что позволяло выполнять больным все привычные виды активности. Половина всех кровотечений произошла в первый год терапии АВК. Частота ГО составила 12,6%/год, из них больших-1,6%/год, фатальных ГО не было. Частота сердечно-сосудистой смерти, не связанной с тромбоэмболиями, составила 2,4% в год. По данным многофакторного анализа факторами риска развития комбинированной конечной точки (ИИ/ТИА, сердечно-сосудистая смерть, острый коронарный синдром) явились: возраст, женский пол, ФВ (≤45%), CHADS2 (≥ 3), НК(II-III стадии, NYHA), МНО до начала терапии (≥1,07). Средние поддерживающие суточные дозы В. оказались достоверно выше у гомозигот «дикого типа» (CYP2C9 *1/*1) [6,1 мг] по сравнению с носителями аллелей CYP2C9*2 [3,6 мг] и CYP2C9 *3 [3,1 мг], (p<0,05). У носителей аллеля CYP2C9*3 по сравнению с гомозиготами «дикого типа» чаще встречались ГО: 67% против 16%, соответственно (p=0,0008). У пациентов с генотипом АА (полиморфный маркер G3673A) средние дозы В. были достоверно ниже по сравнению с генотипом GG («дикий тип»), соответственно: 3,2 мг и 7 мг (p=0,002). У пациентов с генотипом АА чаще встречались ГО по сравнению с генотипом GG, соответственно: 67% и 12,5% (p=0,03).

Выводы. Всем больным МА при наличии факторов риска ТЭ осложнений и отсутствии противопоказаний показана длительная терапия АВК под контролем МНО. Генотипирование по CYP2C9 и VKORC1 перед началом терапии варфарином может повысить ее безопасность. Стартовая доза варфарина у носителей функционально дефектных аллелей CYP2C9*2 и CYP2C9*3 и носителей генотипа АА должна быть меньше стандартной нагрузочной дозы, которая, как правило, составляет 5 мг/сут.

0609 СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕНИ ПРОШЕДШЕГО С НАЧАЛА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Мовчан Е.В., Разин В.А., Рузов В.И.
Ульяновский областной кардиологический диспансер, Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

Актуальность: Острая сердечно-сосудистая патология является в настоящее время одной из ведущих причин инвалидизации и смертности в Российской Федерации.

Одним из факторов повреждения кардиомиоцитов при инфаркте миокарда является повышение активности перекисного окисления липидов.

Цель: Изучить состояние перекисного окисления липидов у больных с острым коронарным синдромом в зависимости от времени прошедшего с начала коронарной катастрофы

Материалы и методы: Исследовано 48 пациентов (средний возраст 59±8 года, мужчин – 29, женщин – 19) с ишемической болезнью сердца и наличием сопутствующей артериальной гипертонии, поступивших в отделение неотложной кардиологии МУЗ «БСМП» г. Ульяновска с предварительным диагнозом - Острый коронарный синдром (ОКС). Всем больным проводилось ЭКГ в динамике, исследование биохимических маркеров инфаркта миокарда (КФК-МВ, ЛДГ1, тропонины) и состояние перекисного окисления липидов (каталаза, малоновый диальдегид, глутатионредуктаза). Группу сравнения составили 11 практически здоровых лиц и 20 пациентов с гипертонической болезнью 2 стадии, сопоставимых по полу и возрасту.

Результаты: Диагноз острый инфаркт миокарда с зубцом Q верифицирован у 32 пациентов, мелкоочаговый инфаркт (без зубца Q) у 12, в том числе у 6 с достоверным увеличением биохимических маркеров инфаркта миокарда. В обеих группах отмечалось возрастание активности перекисного окисления липидов (ПОЛ) в сравнении со здоровыми лицами и больными гипертонической болезнью, однако нами не выявлено отличия в активности ПОЛ в 2 данных группах больных с острым коронарным синдромом.

В ходе исследования проводился анализ связи состояния системы перекисного окисления липидов в зависимости от времени с момента начала коронарной катастрофы до момента поступления и соответственно обследования пациента. В ходе проведения корреляционного анализа нами была выявлена достоверная положительная связь между временем прошедшего с начала ОКС и уровнем каталазы (r=0,45, p=0,043), достоверных связей времени прошедшего с начала ОКС и уровнем малонового диальдегида и глутатионредуктазы не выявлено (p>0,05).

Выводы:

1. Острый коронарный синдром сопровождается возрастанием активности перекисного окисления липидов;
2. Имеется прямая положительная связь между временем прошедшего с начала ОКС и уровнем каталазы.

0610 ВЗАИМОСВЯЗЬ СИНДРОМА УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT И ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

Мовчан Л.Н., Волкова Э.Г.

ГОУ ДПО Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования Росздрава, кафедра терапии, функциональной диагностики, профилактической и семейной медицины, Челябинск, Россия.

Известно, что синдром удлиненного интервала QT (СУИ QT) является предиктором сложных нарушений сердечного ритма и внезапной смерти. Между тем, данных о взаимосвязи СУИ QT и факторов риска (ФР), также являющихся предикторами сердечно-сосудистых заболеваний, недостаточно.

Цель. Изучить взаимосвязь длительности интервала QT с ФР и основными сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) в неорганизованной популяции.

Методы. Проведено популяционное кросс - секционное исследование населения г. Челябинска в возрасте 18-64 года. Сформирована репрезентативная выборка, объем которой составил 1200 человек. В последующем отобрана 25% выборка (296 человек), из них 197 женщин (66,6%) и 99 мужчин (33,4%), которые подверглись углубленному обследованию. Всем обследуемым проведено анкетирование с целью выявления ФР по критериям ВОЗ; физикальное обследование; определение глюкозы и холестерина крови. Учитывались основные поведенческие факторы: активное и пассивное курение, избыточная масса тела, ожирение, увеличенный объем талии, употребление алкоголя, повышенное потребление соли, недостаточное употребление овощей и фруктов, повышенное потребление жирной пищи, низкая физическая активность (НФА); биологические ФР: артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, гипергликемия. Из ССЗ выявляли инфаркт миокарда (ИМ), стенокардию, сахарный диабет по данным анамнеза. Всем обследуемым проведена регистрация ЭКГ в 12 стандартных отведениях с вычислением значения корригированного интервала QT (QTc). Для определения QTc использовалась формула Базетта: QTc=QT/v_R-R (c1/2). Среднее значение интервала QTc ≥ 440 мс трактовалось как СУИ QT.

Результаты. В популяции СУИ QT был выявлен у 6 (2,0%) человек. Распространенность данного синдрома была одинаковой среди мужчин и женщин (по 2,0%). Все случаи были представлены в возрастных группах старше 35 лет. В популяции из поведенческих ФР с СУИ QT достоверно ассоциированы: НФА и ожирение. Установлена прямая корреляционная связь СУИ QT с НФА (r=0,149, p=0,01). Из биологических ФР наиболее тесно с СУИ QT была связана гиперхолестеринемия, коэффициент корреляции составил (r=0,151, p=0,02). Из ССЗ среди лиц с СУИ QT достоверно чаще выявлялась стенокардия и ИМ. Установлена прямая корреляционная связь СУИ QT со стенокардией (r=0,154, p=0,008).

Выводы. Синдром удлиненного интервала QT встречается в популяции в 2% случаев. Увеличение длительности интервала QT в популяции достоверно ассоциируется с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний: низкой физической активностью, ожирением, гиперхолестеринемией и наличием сердечно-сосудистых заболеваний: инфаркта миокарда и стенокардии.

0611 ПРОГНОЗИРОВНИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАЖА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Могутова П.А., Аракелян М.С., Потешкина Н.Г.
ГОУ ВПО «РГМУ Росздрава», Москва, Россия

Артериальная гипертония (АГ) выявляется у 60% больных с фибрилляцией предсердий (ФП). Есть мнение, что АГ не является первопричиной возникновения ФП, в пользу чего говорит одинаковая частота АГ у больных с ФП по сравнению с общей популяцией. В то время как по данным Фрамингемского исследования наличие АГ у пациентов с синусовым ритмом способствует высокой степени вероятности развития в последующем ФП.

Цель: у больных АГ изучить взаимосвязь стажа АГ и частоты фибрилляции предсердий.

Материалы исследования. Обследовано 43 пациента с АГ 1-3 степени I-II стадии. Средний возраст - 50,16±6,93 года, средний стаж АГ - 10,63±8,11 лет. Всем пациентам проведено велоэргометрическое исследование с целью исключения ИБС и длительное мониторирование ЭКГ по Холтеру (ХМ ЭКГ).

Результаты. В анамнезе и по результатам ХМ ЭКГ пароксизмы фибрилляции предсердий зарегистрированы у 14 пациентов (33%). По данным корреляционного анализа между стажем АГ и наличием ФП получена достоверная положительная связь (r=0,58; p=0,00005). Проведено прогнозирование фибрилляции предсердий в зависимости от длительности АГ. Получены достоверные данные, что увеличение стажа АГ с 6 до 18 лет повышает риск развития фибрилляции предсердий в 2,3 раза. Разработаны оптимальные точки разделения и критерий диагностической эффективности (ИДЭ) в прогнозировании фибрилляции предсердий для стажа АГ. Точка разделения – 10 лет, при чувствительности 78% и специфичности 76%, ИДЭ – 0,75 у.е.

Выводы. Риск развития фибрилляции предсердий возрастает в 2,3 раза при увеличении стажа АГ более 10 лет.

0612 РОЛЬ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ ПРЕДРАБОЧЕГО ОСМОТРА В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНИКОВ

Молодцов Р.Н., Молодцова Е.В., Шеметова Г.Н.
Региональная дирекция медицинского обеспечения на Приволжской железной дороге, Саратов, Россия

Приоритет профилактической деятельности, являющийся ключевым элементом организации ведомственной железнодорожной медицины, в последние годы получает дальнейшее развитие. Значительная заболеваемость железнодорожников сердечно-сосудистой патологией, доля которой по данным Департамента здравоохранения ОАО «РЖД» составила 11,5% в общей структуре заболеваемости в 2006-07 г., рост распространенности артериальной гипертензии, прежде всего среди машинистов локомотивов и их помощников, вызвали насущную необходимость внедрения автоматизированной системы предрабочего осмотра железнодорожников (АСПО).

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности внедрения системы АСПО в предрейсовые медицинские осмотры работников локомотивных бригад Приволжской железной дороги.

Материалы и методы. Ретроспективно были проанализированы результаты предрейсовых медицинских осмотров с применением системы АСПО за период с марта 2007 года по март 2008 года. Система АСПО - это комплекс, который включает в себя измерительные терминалы, находящиеся в кабинетах предрейсовых медицинских осмотров предприятий и объединенные в единую сеть с общим сервером. К серверу имеют доступ цеховые терапевты поликлиник, а также административный ресурс Приволжской железной дороги. Цеховый терапевт не реже 1 раза в неделю проводит анализ результатов предрейсовых осмотров прикреплённых к нему работников локомотивных бригад, осуществляет динамическое наблюдение и своевременную коррекцию повышенного артериального давления.

Полученные результаты. За указанный период было проведено 503600 предрейсовых осмотров. По результатам осмотров в системе АСПО цеховыми терапевтами выявлено 375 человек с артериальной гипертонией. При этом 294 человека были обследованы в амбулаторных условиях, 81 пациент - в условиях стационара. 52 пациента впервые взяты на диспансерный учет по артериальной гипертонии, 267 работникам локомотивных бригад скорректирована антигипертензивная терапия, 140 пациентам реализованы индивидуальные программы реабилитационных мероприятий. Выше перечисленные мероприятия позволили снизить количество эпизодов превышения артериального более 140 и 90 мм рт.ст. с 546 (март 2007г) до 128 (февраль 2008 г.) случаев в месяц. Увеличилось количество машинистов и помощников машинистов, отстранённых от рейса вследствие артериальной гипертензии, с 14 до 25 случаев в месяц. Все случаи отстранения по АГ были проанализированы, проведены необходимые диагностические мероприятия, скорректирована антигипертензивная терапия.

Выводы. Внедрение системы АСПО позволяет динамично осуществлять контроль артериального давления у работников локомотивных бригад, своевременно выявлять лиц с впервые возникшей артериальной гипертензией и проводить комплекс рекреационно-оздоровительных мероприятий и восстановительного лечения, обеспечивая тем самым профилактику сердечно-сосудистых заболеваний и безопасность движения на железнодорожном транспорте.

0613 ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ВИТАМИННОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Молокова М. С.
ГОУ ВПО Тюм ГМА Росздрава, Тюмень, Россия

Цель исследования: изучить обеспеченность женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями в различных возрастных группах важнейшими витаминами. Оценить возможности коррекции нарушений витаминного обмена при помощи поливитаминного препарата.

Материалы и методы исследования: объектом исследования были 61 женщина (средний возраст 56,21±9,05 лет) с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ишемическая болезнь сердца и гипертонической болезнь), в сочетании с сахарным диабетом 2 типа и ожирением. Все женщины были разделены на 2 группы. 1 группа: женщины в возрасте 35-55 лет (n=33, средний возраст 48,78±4,7 лет). Вторая группа: женщины в возрасте 56-75 лет (n=28, средний возраст 62,36±4,85 лет). Питание оценивалось при помощи «частотного метода» изучения потребления пищи. Лабораторно оценивалось содержание витаминов А, Е, С в сыворотке крови и витамина В1 в моче. С целью коррекции выявленных нарушений витаминного обмена женщины принимали поливитаминный препарат «Аэровит» (ООО «Фармстандарт», РФ), по 1 таб\сут, в течение 30 дней. В группу контроля входили здоровые женщины (средний возраст 40.7±7.5 лет). Статистическая обработка материала проводилась в программе «STATISTICA».

Результаты исследования. При анализе фактического питания у женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями установлен дефицит потребления витамина А (0,5±0,04 мг\сут) и витамина В1 (0,85±0,1 мг\сут) и несколько избыточное потребление витамина Е (21,87±15,42 мг\сут). В первой группе пациенток с сердечно-сосудистыми заболеваниями в сравнении со здоровыми женщинами было выявлено достоверно ($p<0,042$) более низкое содержание витамина А в крови. В первой группе пациенток в сравнении со второй группой было выявлено достоверно ($p<0,02$) более высокое потребление витамина С; достоверно ($p<0,01$) более высокое содержание витамина С в сыворотке крови и достоверно ($p<0,01$) более низкое содержание в крови витамина А. В группе пациенток 56-75 лет, изначально, в сравнении с группой здоровых женщин был выявлен достоверно ($p<0,008$) более низкий уровень содержания витамина С в сыворотке крови. После назначения препарата «Аэровит» у пациенток 35-55 лет наблюдалось достоверное ($p<0,001$) повышение содержания витамина Е в сыворотке крови. В группе пациенток 56-75 лет после курса витаминотерапии наблюдалось достоверное ($p<0,0001$) увеличение содержания витамина В1 в моче. После приема «Аэровита» у пациенток 2 группы содержание витамина А в крови было достоверно (p0,02) выше чем у пациенток 1 группы, а у пациенток 35-55 лет было установлено достоверно более высокое (p0,01) содержание витамина Е крови в сравнении со 2 группой.

Выводы: таким образом, у пациенток с сердечно-сосудистыми заболеваниями выявлены разноплановые изменения витаминного статуса в различных возрастных группах. После приема поливитаминного препарата «Аэровит» пациентками первой и второй группы также наблюдались различные ответные реакции по содержанию витаминов. Учитывая сказанное, при назначении поливитаминных препаратов следует учитывать не только состав препарата, но и исходный витаминный статус, а также возраст пациенток.

0614 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ТЕСТОСТЕРОНА УНДЕКАНОАТОМ НА ФАКТОРЫ РИСКА КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С АНДРОГЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ

Моргунов Л.Ю., И.А.Денисова
20 городская клиническая больница, Москва, Россия

Цель: Изучение эффективности и безопасности тестостерона ундеканоата у пациентов с андрогенным дефицитом и факторами риска кардиоваскулярной патологии.

Методы: в исследование приняли участие 69 пациентов с сахарным диабетом типа 2 в возрасте 51,2±7,5 лет с длительностью СД 9,3±3,2 года. У всех пациентов имелся андрогенный дефицит; уровень общего тестостерона до начала терапии составил 9,2±1,6 нмоль/л. До начала терапии средние уровни составили: HbA1c - 9,3±1,2%, холестерина - 5,9±0,7 ммоль/л, триглицеридов 2,4±0,3 ммоль/л, ЛПНП -3,2±0,9 ммоль/л, ЛПВП -1,0±0,2 ммоль/л, гликемии натощак – 7,6±1,2%. Индекс массы тела до начала лечения составил 32,4±3,1 кг/м^2. Все пациенты получали сахароснижающую терапию, которая оставалась неизменной в течение 1,5 лет. Всем назначена терапия тестостерона ундеканоатом (ТУ) в дозе 1000 мг внутримышечно; первая инъекция через 6 недель, в дальнейшем- с интервалом 12 недель в течение года.

Результаты: через 1,5 года терапии ТУ отмечалось статистически значимое снижение уровня HвA1c до 6,8±1,1%, холестерина до 5,2±0,6%, триглицеридов до 1,8±0,4 ммоль/л, ЛПНП –до 2,6±0,6 ммоль/л, ЛПВП –до 1,2±0,1 ммоль/л, гликемии натощак до 6,2±1,1 мм/л. Индекс массы тела через 1,5 года от начала лечения составил 26,2±1,9 кг/м^2. Уровень общего тестостерона через 1,5 года составил 16,2±1,5 нмоль/л. Уровень простат-специфического антигена через 1,5 года достиг верхней границы нормы у 1 пациента и более не повышался.

Выводы: Терапия тестостерона ундеканоатом в терапевтических дозах у пациентов с андрогенным дефицитом оказывает несомненный положительный эффект на углеводный и липидный обмен, снижает степень ожирения, является безопасной и позитивно воздействует на факторы риска развития кардиоваскулярной патологии.

0615 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ ТЕСТОСТЕРОНА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И АНДРОГЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ

Моргунов Л.Ю., Денисова И.А., Бондаренко Т.В.
20 городская клиническая больница, Москва, Россия

Цель: оценить эффективность препаратов тестостерона в терапии артериальной гипертензии у пациентов дефицитом андрогенов.

Методы: В исследовании приняли участие 108 пациентов, страдающих артериальной гипертензией и доказанным дефицитом андрогенов. Пациенты были разделены на две группы по 56 человек: 1-пациенты, получавшие только гипотензивную терапию и 2- пациенты, получавшие гипотензивную терапию и тестостерона ундеканоат. Пациенты были сопоставимы по возрасту, индексу массы тела, степени и стадии артериальной гипертензии. В начале исследования всем больным назначены: бисопролол в дозе 10 мг 1 раз в сутки и гидрохлортиазид в дозе 12,5 мг. В течение периода наблюдения дозу препаратов титровали; при необходимости добавляли другие гипотензивные препараты. Для коррекции андрогенного дефицита назначался тестостерона ундеканоат 1000 мг внутримышечно с интервалом в 12 недель. Исходно уровень систолического АД

(САД) составил в группе 1 165,3±8,2 мм рт.ст, диастолического АД (ДАД)- 92,6±4,2 мм рт.ст. В группе 2 уровень САД составил исходно 164,7±7,3 мм рт.ст., уровень ДАД 91,6±3,8 мм рт.ст.

Результаты: Через 1 год от начала терапии в группе 1 наблюдалось достоверное снижение АД от исходного уровня: САД соста-

вило 130,1±3,1 мм рт.ст., ДАД- 81,2±2,2 мм рт.ст., в группе 2- САД 120,6±4,2 мм рт.ст., ДАД- 75,5±3,2 мм рт.ст. (p<0,05). У больных, получающих тестостерона ундеканоат, отмечена положительная динамика клинической симптоматики андрогенного дефицита.

У пациентов группы 2 наблюдалось большее статистически достоверное снижение АД. В группе 1 72% пациентов потребовалось увеличение дозы бисопролола; в подгруппе 2 лишь у 30,2%. У пациентов группы 1 32% пациентов потребовалось добавление эналаприла и увеличение его дозы, а также добавление амлодипина для достижения целевого уровня АД , у пациентов группы 2- лишь в 11%.

Выводы: добавление тестостерона ундеканоата к гипотензивной терапии пациентов с артериальной гипертензией и андрогенным дефицитом приводит к более значимому снижению АД. У пациентов, не получающих препараты тестостерона, требуется более частое повышение дозы препаратов и необходимо усиления гипотензивной терапии.

0616 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕФИЦИТА АНДРОГЕНОВ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Моргунов Л.Ю., Денисова И.А., Бондаренко Т.В., Наумов А.В.
20 городская клиническая больница, Москва, Россия; ГОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет Федерального агентства по здравоохранению и федеральному развитию, Москва, Россия

Цель: Изучить распространенность андрогенного дефицита у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Методы: Обследовано 927 мужчин в возрасте от 21 до 85 лет (средний возраст составил 53,5±11,9 лет). Клиническая оценка дефицита андрогенов проводилась с помощью международной анкеты «Опросник старения мужчин» (AMS). Симптомы дефицита андрогенов считались невыраженными при количестве баллов от 17 до 26, слабо выраженными – от 27 до 36, средней выраженности – от 37 до 49, выраженными – более 50 . Продолжительность сердечно-сосудистой патологии составила в среднем 9,2±4,9 года. 147 (15,8%) больных страдали артериальной гипертензией (АГ), 154 (16,6%) - ИБС, 48 (5,1%) -перенесли ишемический инсульт, 52 (5,6)-перенесли ОИМ, у 58 (6,2%) имелось сочетание ИБС и АГ. При наличии признаков андрогендефицита исследовался уровень свободного тестостерона.

Результаты: 56,3% пациентов имели резко выраженные симптомы андрогенного дефицита, 21,3%- средней выраженности, 14,7% слабо выраженные и 5,1% - не выраженные. Лабораторная оценка показала, что 82,4% больных имеют дефицит андрогенов, а именно 61,4% больных с АГ, 73,9% - с ИБС, 68,8% - у перенесших ОНМК, у 82,7% пациентов с ИБС и АГ

Выводы: У пациентов с сердечно-сосудистой патологией необходимо исследовать андрогенный статус, используя при этом шкалу AMS или лабораторное подтверждение андрогенного дефицита в целях дальнейшей его коррекции.

0617 ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Мордовина А. Г., Секерко С.А., Татарченко И.П., Морозова О.И.
ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей», Пенза, Россия; МУЗ «3 городская больница», Пенза, Россия

Гиперлипидемия и атеросклероз являются неизменными атрибутами патогенеза, клиники, а также поздних осложнений сахарного диабета 2 типа. Дислипидемия у больных с сахарным диабетом 2 типа сопровождается качественными и количественными нарушениями содержания липопротеинов.

Цель. Изучить влияние нарушений липидного спектра крови у больных с сахарным диабетом 2 типа на развитие сердечно-сосудистых осложнений.

Методы. Проводились исследования уровней общего холестерина, триглицеридов, холестерина ЛПВП. Обследовано 158 человек с сахарным диабетом 2 типа, осложненного сердечно-сосудистыми заболеваниями, средний возраст составил 60,4±7,8 лет. По результатам липидного профиля крови пациенты разделены на 3 группы в соответствии с классификацией стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений у больных с сахарным диабетом 2 типа (European Diabetes Policy Group 1999 г.): 1 группа – пациенты с низким риском сердечно-сосудистых осложнений (уровень общего холестерина менее 5,2 ммоль/литр), 2 группа – пациенты с средним риском (уровень общего холестерина от 5,2 до 6,5 ммоль/литр), 3 группа – пациенты с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений (уровень общего холестерина более 6,5 ммоль/литр). Группы сопоставимы по возрасту, длительности диабета и уровню компенсации углеводного обмена. Все пациенты были компенсированы по уровню углеводного обмена и получали стандартную сахароснижающую терапию, лечение гиполипидемическими препаратами не назначалось. В каждой группе проводился анализ сердечно-сосудистых осложнений.

Результаты. Общий холестерин, соответствующий высокому риску сердечно-сосудистых осложнений был получен у 28% пациентов, среднему риску - у 49%, низкому риску - у 22 % человек. Холестерин ЛПВП, соответствующий высокому риску обнаружен у 68% пациентов, среднему и низкому риску - у 32% человек. Уровни триглицеридов, соответствующие высокому риску обнаружены у 56% обследованных, среднему - у 23%, низкому риску - у 21%. При анализе сердечно-сосудистых осложнений в группах получены данные:

в первой группе стенокардия выявлена у 28,5% человек, инфаркт миокарда - у 2,5%, артериальная гипертензия - у 25%, НМК у 3,2%;

во второй группе обследованных стенокардия выявлена у 43,7% пациентов, инфаркт миокарда - у 6 % , артериальная гипертензия - у 28 % , НМК - у 6,3 %;

в третьей группе стенокардия выявлена у 55% обследованных, инфаркт миокарда - у 10,3%, артериальная гипертензия - у 31% , НМК - у 5,8%

Заключение. Нарушения липидного спектра крови у больных с сахарным диабетом 2 типа характеризуются повышением общего холестерина, триглицеридов и снижением холестерина ЛПВП. У данной группы пациентов выявлен выше процент сердечно-сосудистых осложнений.

0618 МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ПРЕДИКТОР НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС С ВЫРАЖЕННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Мороз-Водолажская Н.Н., Денисевич Т.Л., Островский Ю.П.
РНПЦ “Кардиология”, Минск, Беларусь

По данным экспериментальных и клинических исследований у больных ИБС происходит нарушение процессов окисления и утилизации неэстерифицированных жирных кислот (НЭЖК), что сопровождается увеличением риска развития аритмий и прогрессированием сердечной недостаточности (СН). Наличие постинфарктного кардиосклероза и дилатации камер также ассоциировано с высоким уровнем аритмической активности миокарда, однако влияние различных вариантов метаболизма НЭЖК на возникновение интраоперационных нарушений ритма сердца мало изучено у больных с ишемической СН.

Цель: определить взаимосвязь динамики НЭЖК во время добутаминовой стресс-эхокардиографии и частоты развития фибрилляции желудочков (ФЖ) во время аорто-коронарного шунтирования у больных ИБС с выраженной сердечной недостаточностью.

Материал. Обследовано 36 больных (47±6,4 лет) хронической ИБС с СН III-IV ФК по NYHA, дисфункцией левого желудочка (ФВ 34,2%). Больные (n=23) без ФЖ составили I группу (ФВ 38±2,2%, NYHA класс 2,2±0,4), 13 больных с ФЖ - II груп-

пу (ФВ 31±1,8%, NYHA класс 3,2±0,3 p<0,05 между группами). Группа контроля - 7 здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу с больными основных групп.

Методы. Стресс-эхокардиография добутамином (стресс-эхо) (5-10-15 мкг/кг/мин), уровень НЭЖК плазмы крови исходно и коэффициент прироста НЭЖК на стресс-эхо (КНЭЖК1-2), через 2 часа после пробы (КНЭЖК2-3). Данные (M±m) обработаны с помощью программы "Статистика".

Результаты. У 10 больных без ФВ (группа IA) исходный уровень НЭЖК и КНЭЖК1-2 были сопоставимы с данными в группе здоровых лиц (697,3±80 и 856,9±81 ммоль/л; 165,5±68 и 315,0±80,7, p>0,05). В то же время у 13 больных (группа IБ), несмотря на высокий исходный уровень НЭЖК (2205,8±300 ммоль/л, p<0,01 по сравн. с гр.IA), стресс-эхо сопровождалось стимуляцией липолиза, значительно менее выраженной, чем в группе здоровых (p<0,001) и в группе IA (p<0,05). Больные с ФЖ характеризовались еще более высоким исходным уровнем НЭЖК (3395±903 ммоль/л) по сравнению со здоровыми (p<0,001) и динамикой НЭЖК только через 2 часа после проведения стресс-эхо (КНЭЖК2-3 = –72,7%, p <0,05 по сравн. с гр. IA и IБ).

Дискриминантный анализ данных показал, что наиболее значимым показателем прогноза интраоперационной ФЖ является КНЭЖК2-3 >50% и НЭЖК исходно> 3000 ммоль/л.

Выводы. Высокая концентрация НЭЖК в плазме крови и отсроченное их потребление после стресс-эхо являются фактором риска развития интраоперационной фибрилляции желудочков у больных с выраженной сердечной недостаточностью ишемической этиологии.

0619 КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НАЛИЧИЯ ИНОТРОПНОГО РЕЗЕРВА МИОКАРДА В ЗОНЕ ПАПИЛЛЯРНЫХ МЫШЦ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Мороз-Водолажская Н.Н., Кардаш О.Ф., Островский Ю.П.
РНПЦ Кардиология, Минск, Беларусь

Больные с ишемической сердечной недостаточностью (ИСН) характеризуются не только наличием систоло-диастолической дисфункции левого желудочка (ЛЖ), но и формированием функциональной митральной недостаточности (МН) вследствие дисторсии папиллярных мышц и ремоделирования полости ЛЖ.

Целью настоящего исследования явилась оценка зависимости степени МН после операции аорто-коронарного шунтирования (АКШ) от геометрии ЛЖ и добутамин-индуцированной инотропной активности миокарда в зоне папиллярных мышц у больных с ИСН.

Материал и методы. Группу исследования составили 26 больных с ИСН (МН 3,4±0,3 степени, VTI регургитации 107,46±37,2 см, ФВ ЛЖ 0,31±0,04, класс NYHA 3,1±0,5, СДЛА 50±6,9 мм Hg, КДО 245,2±45,6 мл, ИЛС 2,56±0,34, акинез- 9,63±3,6 сегментов, гипокинез- 4,4±2,76 сегментов, дискинез- 1,2±0,2 сегмента) и наличием инотропного резерва ЛЖ (добутамин 5-15 мкг/кг/мин, прирост ФВ ЛЖ p=0,0004, ИЛС p=0,002, парный т-тест), которые были оперированы с одновременной техникой АКШ (шунтов 2,9±0,4), пластикой ЛЖ (апикальной – 12 больных, мультишовной циркулярной – 14 больных) и пластикой митрального клапана (оригинальное жесткое кольцо- 16 больных, Калафиоре- 10 больных). До операции больным проводилась базовая терапия ИБС и СН. Период наблюдения 5,5 мес.

Результаты. Анализ данных пациентов исходно, во время стресс-эхо, на 7, 30 и 90 сутки после операции показал, что при разделении больных на две группы (1 гр.- без динамики сократимости миокарда в зоне передне-латеральных папиллярных мышц (ПЛПМ) во время стресс-эхо (11 больных) и 2 гр.– с улучшением сократимости миокарда ПЛПМ или индукцией ишемии в этой зоне (15 больных)) послеоперационная динамика запирательной функции митрального клапана достоверно различалась (МН 2,1±0,4 и 0,9±0,3, VTI МН 78,7±25,1 см и 32,1±21,3 см в 1 и 2 группах соответственно, p<0,05 в обоих случаях). В целом по группе МН после операции 1,7±0,7 степени и VTI МН 42,8±29,4 см (p<0,05 с исходным).

Группы были сопоставимы по размеру ЛЖ (КДО 251,2±39,7 мл и 234±41,1 мл), степени МН (3,37±0,03 и 3,4±0,03), ФВ ЛЖ (0,30±0,03 и 0,32±0,03) в 1 и 2 группах соответственно, p>0,05 для всех, технике операции на митральном клапане, однако недостоверно отличались по индексу сферичности ЛЖ (0,82±0,06 и 0,76±0,09, p=0,07), углу задне-папиллярных мышц (54,4±10,7° и 65,1±7,6°, p=0,05 в 1 и 2 группе соответственно).

Статистический анализ показал значительную негативную корреляцию инотропной активности миокарда в зоне ПЛПМ (процент систолического утолщения) и динамики послеоперационной МН: VTI МН (r =-0,82 и -0,8, p<0,001 соответственно на 7 и 30 сутки после операции).

Выводы. Сочетанная операция АКШ, пластики ЛЖ и митрального клапана приводит к улучшению сократительной функции ЛЖ и уменьшению степени МН. В то же время наличие положительного инотропного резерва в зоне передне-латеральных папиллярных мышц ЛЖ оказывает значимое влияние на восстановление запирательной функции митрального клапана после операции у больных с ишемической сердечной недостаточностью.

0620 АНТИАНГИНАЛЬНАЯ И АНТИИШЕМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ПЕРИНДОПРИЛА И ЭНАЛАПРИЛА И АНТАГОНИСТА РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II ВАЛСАРТАНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Морозова Т.Е., Вартанова О.А., Михайлова Н.В.
ГОУ ВПО ММА им. И. М. Сеченова Росздрава, Москва, Россия

Цель: оценить антиангинальную и антиишемическую эффективность ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) периндоприла и эналаприла и антагониста рецепторов ангиотензина II (АРА II) валсартана у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) со стенокардией I-III функционального класса (ФК).

Методы: антиангинальная и антиишемическая эффективность периндоприла (П) и эналаприла (Э) и валсартана (В) в составе комплексной терапии изучены у 77 больных ИБС (мужчин – 52, женщин - 25, средний возраст – 61,3±5,8 лет) со стабильной стенокардией I-III ФК с сохранной систолической функцией миокарда левого желудочка. Методы контроля включали клиническую оценку стенокардического синдрома (количество приступов стенокардии и таблеток нитроглицерина в неделю), электрокардиографическое исследование (ЭКГ) в покое и в условиях велоэргометрического теста (ВЭМ), суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру (СМЭКГ). П в дозе 8 мг в сутки получали 37 больных; Э в дозе 20 мг в сутки - 25 больных, В в суточной дозе 80 мг - 15 больных. Длительность наблюдения – 6 недель.

Результаты: через 6 недель лечения в группе П количество приступов стенокардии в неделю уменьшилось на 19,2% (p<0,05), при этом наибольший эффект достигнут у больных с I-II ФК стенокардии (на 15%, p<0,05), количество таблеток натроглицерина снизилось на 16,7% (p<0,05). В группах Э и В достоверных изменений выявлено не было. По данным СМЭКГ в группе П отмечено достоверное уменьшение количества эпизодов ишемии миокарда за сутки на 19,3% (p<0,05) и суммарной продолжительности эпизодов ишемии на 22,4% (p<0,05), а также наметилась тенденция к уменьшению степени депрессии сегмента ST (p=0,07). В группах Э и В изменения указанных параметров были недостоверными. По данным ВЭМ в группе П достоверно увеличилась продолжительность нагрузки до возникновения ишемических изменений на ЭКГ на 17,1% (p=0,0013), увеличилась максимальная мощность нагрузки на 8,4% (p<0,05), увеличились пороговая ЧСС и максимальное двойное произведение (на 7,6% и 12,8% соответственно, p<0,05). В группе Э через 6 недель терапии достоверно возросла

только продолжительность физической нагрузки на 8,1% (p<0,05). В группе валсартана достоверных изменений анализируемых параметров выявлено не было.

Выводы: периндоприл в суточной дозе 8 мг в составе комплексной терапии оказывает антиишемическое и антиангинальное действие у больных ИБС со стенокардией I-III ФК. Наиболее выраженный достоверный эффект наблюдается у больных с I-II ФК стенокардии. Эналаприл в дозе 20 мг в сутки статистически значимо влиял только на продолжительность физической нагрузки по данным ВЭМ.

0621 ПОКАЗАТЕЛИ УПРУГОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ ИБС: СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ II-III ФК

Москалюк М.И., Прасолов А.В., Князева Л.И., Князева Л.А., Горяинов И.И., Колесникова О.Е., Киревнина Р.Е., Гришаева Г.М.
Кафедра внутренних болезней № 1 КГМУ, ГМУ КОКБ, Курск, Россия

В последние годы значительно возрос интерес к изучению роли жесткости магистральных артерий в развитии сердечно-сосудистых заболеваний. Установлена тесная взаимосвязь патологических изменений, связанных с механическими свойствами стенок артерий и частотой возникновения кардиоваскулярных осложнений.

Цель исследования: изучение показателей жесткости сосудистой стенки у больных ИБС: стабильной стенокардии напряжения II-III ФК в сочетании с ХОБЛ I-II ст. ДН I.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 80 больных ИБС: стабильной стенокардией напряжения II-III ФК в сочетании с ХОБЛ I-II ст. - 60 мужчин (75%) и 20 женщин (25%). Все пациенты были рандомизированы на 2 группы: 1-я – 40 больных без инфаркта миокарда в анамнезе; 2-я – 40 больных с постинфарктным кардиосклерозом. Средний возраст обследованных 52,0±5,06 лет. Группу контроля составили 30 здоровых лиц, средний возраст которых 52,2±6,3 лет. В течение 2 недель до исследования терапия больных включала симвастатин, аспирин, нитроглицерин по требованию. Исследование параметров жесткости сосудистой стенки проводилось с помощью монитора АД компании «Петр Телегин» г. Новосибирск и программного комплекса BPLab.

Результаты. Проведенные исследования показали, что у всех обследованных больных стабильной стенокардией напряжения II-III ФК имеет место снижение эластичности сосудистой стенки по сравнению с контрольной группой. Установлено снижение показателя времени распространения пульсовой волны (PTT) (на 24%, при p<0,01). Определено также уменьшение максимальной скорости нарастания артериального давления (dPdt) на 42%, p<0,01, что косвенно характеризует нагрузку на стенки сосудов во время прохождения пульсовой волны. Индекс ригидности составил 46,4±1,8 у больных без инфаркта миокарда в анамнезе и 54,2±1,8 у пациентов на фоне постинфарктного кардиосклероза, что на 25% и на 46% соответственно (при p<0,01) превышало значение контрольной группы (37,1±1,7). Отмечено увеличение индекса аугментации (AIx) в 3 раза у больных ИБС в сочетании с ХОБЛ по сравнению с контрольными показателями. Выявлено повышение систолического индекса площади (SAI) в 1-й группе больных на 19% (63,8±1,6, при p<0,05), во 2-й группе – на 27% (67,9±1,8, при p<0,05) в сравнении с группой контроля (53,5±1,6). Полученные данные свидетельствуют о большей жесткости сосудистой стенки у больных ИБС: стабильной стенокардией напряжения II-III ФК в сочетании с ХОБЛ на фоне постинфарктного кардиосклероза. При проведении корреляционного анализа установлена достоверная обратная связь между временем распространения пульсовой волны и возрастом обследованных пациентов (r= -0,54, при p<0,01), менее сильная – с индексом массы тела (r= -0,47, при p<0,05).

Выводы: Имеет место увеличение жесткости сосудистой стенки у больных ИБС: стабильной стенокардии напряжения II-III ФК в сочетании с ХОБЛ, более выраженное у пациентов с инфарктом миокарда в анамнезе.

0622 ИЗМЕНЕНИЕ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ПРИСТУПНЫЙ ПЕРИОД

Мошкина А.А., Зонов О.А., Зонова Ю.А.
Кафедра терапии ИПО Кировская ГМА, Киров, Россия

Цель: оценить особенности динамики артериального давления (АД) у больных с бронхиальной астмой (БА) в сочетании с системной артериальной гипертензией (АГ) в приступный и межприступный периоды.

Материалы и методы: проведено обследование 26 больных в возрасте от 50 до 59 лет (20 женщин и 6 мужчин), страдающих БА средней степени тяжести на фоне системной АГ. Средний стаж бронхообструкции составлял 14,1±8,2 лет. Период от дебюта АГ до момента исследования составлял 8,5±5,1 лет. Верификация диагноза БА производилась на основании клинической картины (наличие симптомов пароксизмальной, обратимой бронхиальной обструкции с гиперреактивностью бронхов) и лабораторно-инструментальных данных (функциональных признаков гиперреактивности и обратимости синдрома бронхиальной обструкции по результатам исследования функции внешнего дыхания, пикфлоумониторинга; анализа газового состояния крови). Наряду с перечисленными методами обследования проводилось ведение дневника самоконтроля течения БА и АГ.

Все пациенты получали современную терапию БА, а также гипотензивную терапию. На момент исследования каждый больной постоянно получал терапию, соответствующую 3 ступени лечения БА (GINA, 2006), включающую ингаляционное использование средних доз беклометазона, β2-адреномиметиков короткодействующих (по потребности) и пролонгированных (2 раза в сутки). Все пациенты получали антигипертензивную терапию изоптином SR (подбор дозы по целевому уровню АД – 138/88 mm Hg). На начало исследования средний уровень систолического АД составил 133,5±12,2 mm Hg, диастолического АД – 78,3±11,8 mm Hg.

Результаты исследования. В ходе проведенного анализа протоколов исследования было выявлено, что во время приступов БА повышалось и систолическое АД (в среднем до 154,4±12,6 mm Hg), и диастолическое АД (в среднем до 101,4±12,2 mm Hg). В межприступный период АД имело тенденцию к снижению до целевого уровня без дополнительной медикаментозной антигипертензивной терапии.

Вывод. Каждый приступ удушья в большей или меньшей степени сопровождался повышением как систолического, так и диастолического АД, что, вероятно, связано с возникающей или усиливающейся гипоксией и повышением потребности в β2-адреномиметиках. Таким образом, в дневниках самоконтроля БА у пациентов-гипертоников целесообразно мониторировать уровень АД, что позволит не только выявить динамику повышения АД при обострении БА, но и внести необходимые коррективы в схему лечения АГ в приступный период БА.

0623 ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ФАКТОРОВ РИСКА У ПРИШЛЫХ И КОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА

Мошкова Е. В., Попов А.И, Романюк М.А.
ГУ НИИ медицинских проблем Крайнего Севера РАМН, Надым, Россия

Сердечно-сосудистая патология сохраняет лидирующие позиции в качестве причин смертности у жителей Ямало-Ненецкого автономного округа (ЯНАО). Важнейшими её факторами риска (ФР), в том числе и модифицируемыми, являются артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия (ДЛП), низкая физическая активность (НФА), курение. Изменение распространенности ФР, происходящее на территории ЯНАО в зонах нового интенсивного промышленного освоения, диктует первоочередные направления основных профилактических мероприятий.

Целью исследования явилось изучение динамики распространенности АГ и ФР у взрослого трудоспособного населения в возрасте 20-59 лет в пос. Красноселькуп ЯНАО в период 2002-2006гг. Всего на двух срезах по единому протоколу обследовано 730 человек из числа пришлого и коренного населения трудоспособного возраста. Диагноз АГ и ФР устанавливались в соответствии с рекомендациями ВНОК (2005). Результаты нашего исследования показали, что распространенность АГ несколько возросла - с 41,8% в 2002г до 42,9% в 2006г в популяции, АГ у коренных жителей в 2002г - 41,9% и в 2006 - 42,5%, среди пришлого населения – 42,1% в 2002г и - 43% в 2006. Распространенность курения значительно увеличилась в общей популяции с 28,3% в 2002г до 48,2%, т. е. в 1,7 раза ($p<0,001$). Данный рост численности курящих в меньшей мере характерен для жителей коренной национальности – рост с 26,1% в 2002г до 35,8% в 2006г в 1,4 раза, среди пришлого населения рост более значительный - с 28,3%, в 2002г до 47,8%, в 2006г в 1,7 раза. Распространенность НФА составила в 2002г - 51,8%, у пришлого населения - 51,6%, у коренного населения - 53,3%. В 2006г НФА у всей популяции составляла 40,0%, у пришлого населения - 42,7%, у коренного населения - 28,6%. За пять исследуемых лет наблюдается уменьшение количества лиц, ведущих малоподвижный образ жизни в общей популяции в 1,3 раза ($p<0,01$), среди коренного населения – в 1,9 раз ($p<0,05$) и среди пришлого населения в 1,2 раза ($p<0,05$). Распространенность ДЛП, в целом, у населения составила в 2002г 34,4%, из них у пришлого - 34,9%, у коренного 28,9%, в 2006г цифры ДЛП в общей популяции составили - 45,2%, из них у пришлого населения - 44,2%, у коренных жителей- 41,3%. Таким образом рост ДЛП в общей популяции составил 1,3 раза ($p<0,01$), среди пришлого населения в 1,3 раза ($p<0,05$) и среди коренного населения в 1,4 раза.

Выводы: В пос. Красноселькуп ЯНАО за период с 2002 по 2006 годы распространенность АГ остается высокой. Отмечено значимое увеличение распространенности таких модифицируемых факторов риска, как курение и дислипидемия. Отмечено снижение количества лиц с низкой физической активностью, в большей степени, среди коренного населения, что отражает социальные перемены в характере занятости населения. Профилактические мероприятия в отношении артериальной гипертензии, дислипидемии и пропаганде отказа от курения являются приоритетными направлениями по предотвращению заболеваемости и осложнений сердечно-сосудистых заболеваний северных территорий.

0624 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ВЕДЕНИЕ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Мравян С.Р., Петрухин В.А., Зарудский А.А., Пронина В.П.
МОНИИАГ, Москва, Россия

Цель работы. Определение параметров вариабельности сердечного ритма (ВСР) у здоровых женщин и пациенток с пороками сердца в поздние сроки беременности.

Материалы и методы. Обследованы 48 женщин в сроки гестации 35-39 недель. У всех был диагностирован врождённый или приобретенный (ревматический) порок сердца. В 1-ю группу вошли 20 беременных с I функциональным классом (ФК) СН. Во 2-ую группу вошли 10 беременных со II-III ФК СН. Контрольную группу составили 18 здоровых беременных женщин. До родов и через 2-3 сут. после проводили суточное мониторирование ритма сердца по Холтеру с оценкой основных временных и частотных параметров ВСР.

Результаты и обсуждение. Во 2-ой группе отмечено достоверное (по отношению к параметрам здоровых пациенток и больных 1-ой группы) снижение общей ВСР (SDNN - 79,5±6,3 ($p<0,05$) и 125,5±16,3; 111,2±17,5 мс соответственно; HRvi - 27,2±2,4 ($p<0,05$) и 36,9±8,6; 31,1±6,1 ед. соответственно) и общей мощности спектра. Во 2-ой группе пациенток отмечалось снижение SDANN (84,3±8,4 мс $p<0,05$), что свидетельствует об активации симпатической части вегетативной нервной системы, причем ее степень нарастает с увеличением тяжести СН. Среди пациенток, перенесших радикальную операцию по поводу тетрады Фалло отмечены крайне низкие показатели общей ВРС и высокая активность симпатического отдела вегетативной нервной системы (SDNN 88±15,7 мс SDANN 86,4±17,7 мс, НЧ 235±76 Гц, ВЧ 140±56 Гц, ТР 1200±400 мс-2), чаще отмечались желудочковые аритмии, в том числе пробежки желудочковой тахикардии. Родоразрешение у 3 (из 6) пациенток осуществлялось через естественные родовые пути с ограничением потужного периода. У всех пациенток в послеродовом периоде не выявлено достоверного роста ВРС. У пациенток 1-ой группы в послеродовом периоде отмечалась нормализация (увеличение) показателей ВРС, тенденция к росту НЧ/ВЧ, отражающего снижение парасимпатической активности. У пациенток 2-ой группы не отмечено роста НЧ/ВЧ, а на фоне сохраняющегося снижения средних значений общей ВРС (SDNN - 116±16,3 мс и HRvi – 27,8±5,9 ед.) динамика SDNN для каждой больной была различной. У 7 пациенток не отмечено роста SDNN в послеродовом периоде (подгруппа 2а), а у остальных (подгруппа 2б) – этот показатель увеличивался и составил 137,6±10,6 мс. Обращает внимание преобладание среди пациенток подгруппы 2а женщин с пороками сердца, сопровождающимися перегрузкой объёмом или сочетанным типом перегрузки. У всех женщин этой подгруппы беременность завершилась оперативными родами по кардиологическим показаниям, причём у 2 – по экстренным показаниям в связи с развитием острой сердечной недостаточности. Частота оперативного родоразрешения среди пациенток 1 группы составила 6,67% (по акушерским показаниям) и среди пациенток подгруппы 2б - 10% (по акушерским показаниям).

Выводы. Снижение общей ВСР, парасимпатической активности и рост симпатической активности у пациенток 2-ой группы, вероятно, являются самостоятельным фактором риска усугубления СН и определяет родоразрешение с исключением потужного периода.

0625 ВЛИЯНИЕ ОБУЧЕНИЯ НА УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Мураталиев Т.М., Неклюдова Ю.Н., Кыдыралиева Р.Б., Звенцова В.К.
Национальный центр кардиологии и терапии имени академика Мирсаида Миррахимова, Бишкек, Кыргызстан

Цель. Оценить влияние обучения на уровень знаний и приверженность лечению у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемической этиологии.

Материалы и методы. Обследовано 68 пациентов (средний возраст 62,3±8,13лет) с ХСН II-IV функционального класса, которые были рандомизированы на 2 группы: I группа - вмешательства (35чел.) и II группа - контроля (33чел.). С каждым пациентом группы вмешательства в период стационарного лечения проводились индивидуальные занятия с использованием брошюры «Образовательная программа для пациентов хронической сердечной недостаточностью», содержащей информацию о заболевании, навыках самоконтроля, касающихся диетических рекомендаций, физической активности, соблюдения режима медикаментозной терапии, наблюдение за симптомами ХСН и обращение за медицинской помощью в случае их усиления. Контроль за состоянием пациентов I группы на амбулаторном этапе осуществлялся путем телефонных контактов и при ежемесячном посещении клиники. Больные II группы получали от врачей обычные рекомендации и продолжали наблюдение в общей лечебной сети. Знания о самопомощи и приверженность пациентов лечению были оценены методом анкетирования. Продолжительность наблюдения составила 6 мес.

Результаты. Исходно уровень знаний и приверженность лечению в обеих группах достоверно не отличались. Большинство пациентов признавало важность ограничения потребления соли - 56 (82,3%) и жидкости - 63 (92,6%), на практике только 35 (51,4%) из них ограничивали потребление соли и 15 (22,0%) - жидкости.

Важность ежедневного взвешивания признавали 37 (54,4%) пациентов и только 7 (10,2%) - контролировали свой вес ежедневно. Анализ приверженности пациентов к приему лекарственных препаратов выявил, что 39 (57,3%) пациентов пропускали прием препаратов при хорошем самочувствии, в 35 (51,5%) случаях отмечалось полное прекращение одного и более лекарственных препаратов, 41 (60,3%) больной самостоятельно уменьшили дозу препаратов. В I гр. к концу периода наблюдения улучшение уровня знаний об основных элементах самопомощи сопровождалось повышением приверженности лечению по сравнению со II гр.: пропускали прием препаратов при хорошем самочувствии 4 (11,4%) пациента I гр., против 20 (60,6%) во II гр., самостоятельно снизили дозу препарата 3 (8,6%), против 23 (69,7%). Полного прекращения приема лекарственных препаратов у больных I группы не было ни в одном случае, против 5 (15,1%) случаев у больных во II группе.

Выводы. Данное исследование показало эффективность обучения больных ХСН на уровень знаний и приверженность предписанному режиму медикаментозной терапии.

0626 ФАКТОРЫ РИСКА КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ИХ КОРРЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Мураталиев Т.М., Кутлу Р.
Национальный центр кардиологии и терапии имени академика Мирсаида Миррахимова, Бишкек, Кыргызстан

Цель: оценить распространенность основных факторов риска коронарной болезни сердца (КБС) и их коррекцию в условиях реальной клинической практики у больных со стабильной стенокардией, находящихся на диспансерном наблюдении в центрах семейной медицины г.Бишкек.

Материал и методы. Проанализировано 576 амбулаторных карт больных стабильной стенокардией. Анализировалась частота выявления факторов риска КБС: артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия, курение, сахарный диабет (СД), избыточная масса тела (ИМТ), прием алкоголя, гиподинамия, стресс и частота использования рекомендаций для достижения целевых уровней.

Результаты. АГ отмечена у 509 (88,4%) пациентов, причем у 442 (86,8%) встречалась АГ III степени. Дислипидемия регистрировалась у 310 (53,8%) больных. В большинстве амбулаторных карт - 206 (66,5%) содержались данные только об уровне общего холестерина, а частота определения липидного спектра была низкой и составила 20,9%. В 566 (98,3%) амбулаторных картах отсутствовали сведения об отношении пациентов к курению и только у 10 (1,7%), курение признавалось как фактор риска КБС. Сахарный диабет отмечен у 75 (13,0%) пациентов, из них СД I типа у 3 (4,0%), СД II типа – у 72 (96,0%). Указания на наличие ожирения присутствовали в 63 (10,9%) амбулаторных картах, у 55 (9,5%) пациентов указана степень ожирения и лишь у 20 (3,5%) была зафиксирована масса тела и определен ее индекс. В 572 (99,3%) амбулаторных картах, не было ни каких указаний об отношении пациента к алкоголю, у 3 (0,52%) прием алкоголя носил случайный характер, 1 (0,17%) пациент злоупотреблял алкоголем. В 8 (1,4%) амбулаторных картах содержались данные о физической активности и стрессовых ситуациях. Рекомендации по соблюдению диеты получили 265 (46,0%) больных, по отказу от курения – 4 (0,69%), по нормализации массы тела – 14 (2,4%), по физической активности – 53 (9,2%) и по контролю АГ - 94 (16,3%) пациента. Только у 137 (31,0%) пациентов с АГ были достигнуты целевые уровни артериального давления и у половины больных с дислипидемией достигнут целевой уровень общего холестерина.

Выводы. Ретроспективный анализ показал, что врачами первичного звена уделяется недостаточное внимание основным факторам риска и их коррекции. Выявлена низкая приверженность контролю факторов риска, а также низкий процент достижения их целевых уровней.

0627 ВЛИЯНИЕ ЭНАЛАПРИЛА, ЛОЗАРТАНА И ИХ КОМБИНАЦИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ТРАНСМИТРАЛЬНОГО ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ПОТОКА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Мураталиев Т.М., Окунова А.А.
Национальный центр кардиологии и терапии имени академика Мирсаида Миррахимова, Кыргызстан, Бишкек

Цель. Сравнить влияние эналаприла (Э), лозартана (Л) и их комбинации на показатели трансмитрального диастолического потока (ТМДП) у больных пожилого возраста с диастолической сердечной недостаточностью (ДСН).

Материалы и методы. В исследование включены 34 больных (средний возраст 71,1±5,3лет) коронарной болезнью сердца и гипертонической болезнью, осложненной ДСН (диастолическая дисфункция по типу нарушения релаксации), которые были рандомизированы на 3 группы: I гр. - 12 больных, получавших Э (средняя доза 28,5±4,7 мг/сут), II гр. - 10 больных, получавших Л (средняя доза 68,3±8,4 мг/сут), III гр. -12 больных (средняя доза Э - 12,1±3,9 мг/сут, Л – 49,2±5,5 мг/сут), получавших комбинированную терапию. Период наблюдения составил 6 мес. Изменение структуры диастолического наполнения левого желудочка (ЛЖ) исследовали путем регистрации допплеровского ТМДП. Определяли максимальные скорости потока в период раннего (Е) и позднего (А) периода наполнения ЛЖ, их соотношение (Е/А), время замедления пика раннего наполнения ЛЖ (DT) и время изоволюмического расслабления ЛЖ (ВИВР).

Результаты. За время наблюдения в группах приема препаратов отмечалась однонаправленная динамика со стороны ТМДП, соответствующая частичной «нормализации» заполнения ЛЖ, что проявлялось укорочением ВИВР в I гр. с 91,0±14,4 до 88,9±19,5 мсек, во II гр. с 91,0 ±14,3 до 85,6±25,6 мсек, в III гр. с 90,0±12,3 до 82,6±28,6 мсек. DT достоверно уменьшалось во всех группах: в I гр. с 181,8±41,0 до 159,9±43,4 мсек ($p<0,05$), во II гр. с 181,8±41,0 до 160,4±53,1 мсек ($p<0,05$), в III гр. с 178,8±35,0 до 160,4±51,7 ($p<0,05$). Выявлено достоверное увеличение отношения раннего и позднего диастолического потоков: в I гр. с 0,7±0,2 до 0,76±0,33 ($p<0,05$), во II гр. с 0,7±0,2 до 0,89±0,6 ($p<0,05$) и в III гр. с 0,68±0,2 до 0,9±0,4 ($p<0,05$).

Выводы. У пациентов с ДСН и начальными признаками диастолической дисфункции лозартан, эналаприл, и комбинированный прием этих препаратов улучшают диастолическую функцию ЛЖ.

0628 СООТНОШЕНИЕ РЕ- И ДЕПОЛЯРИЗАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ В НОРМЕ, ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ БЛОКАДАХ ПО ДАННЫМ ЭКГ

*Муромцева Г.А. *, Попов Л.А., Баум О.В., Волошин В.И., Прилуцкая С.К.*
ГНИЦентр профилактической медицины*, Москва, Россия; Институт теоретической и экспериментальной биофизики РАН, Пущино, Россия

Цель исследования: изучить соотношение процессов ре- и деполяризации в норме (N), при гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), блокадах левой (БЛН) и правой ножек пучка Гиса (БПН), используя обобщенные показатели электрокардиограммы (ЭКГ).

Материалы и методы. Из архива синхронно записанных 12 отведений ЭКГ взрослых людей обоего пола отобрали группы: N – Миннесотский код (МК) 1-0, n=259, aged 42±12 years; ГЛЖ – 3-1, 3-3 МК, n=200, aged 43±20 years; полная БЛН – 7-1 МК, n=30, aged 57±10 years; полная БПН – 7-2 МК, n=182 ЭКГ, aged 58±13 years. В группах проанализированы следующие показатели, в мс: QTag (интервал от самого раннего начала зубца Q в 12 отведениях ЭКГ до вершины пространственного вектора Т в ква-

зиортогональных отведениях), TpTeg (интервал от вершины пространственного вектора Т в квазиортогональных отведениях до его самого позднего окончания в любом из 12 отведений), QRSg (интервал от самого раннего начала зубца Q(R) в 12 отведениях ЭКГ до самого позднего окончания S(R) в любом из 12 отведений), QTg (интервал от самого раннего начала зубца Q(R) до самого позднего окончания Т в любом из 12 отведений), Базетт корригированный QTcg; отношение (QTa/TpTe)g, (ST-T/QRS)g, (STa/TpTe)g; дисперсия начала QRS, dQ, и дисперсия QT, dQT.

Результаты. Показатели QTg, QTag, QRSg, TpTeg, dQ не отличались в N и ГЛЖ, но нарастали при блокадах, p<0.05: QTg – 401±26, 401±36, 441±44, 432±39; QTcg – 446±48, 452±57, 516±70, 492±67; QTag – 304±24, 305±28, 320±23, 325±33; QRSg – 109±9, 108±10, 157±24, 150±16; TpTeg – 96±9, 96±14, 120±25, 106±18; dQ – 18,5±5, 17,6±5, 23±5, 20±6, соответственно N, ГЛЖ, БЛН и БПН. Показатель STag при ГЛЖ был как в N, но снижался при БЛН и БПН, p<0.05: 195±24, 197±28, 163±23, 175±23, соответственно N, ГЛЖ, БЛН и БПН. Величины STag и TpTeg различались при БЛН и БПН, p<0.05. Отношение (QTa/TpTe)g составляло 3,2 в N, при ГЛЖ и БПН и 2,75 при БЛН. Отношение реполяризации к деполяризации, (ST-T/QRS)g, составляло около 2,7 в N и ГЛЖ и около 1,9 при блокадах. Отношение двух частей реполяризации, до и после вершины Т, (STa/TpTe)g, составляло 2,04 в N, 2,1 при ГЛЖ, 1,41 при БЛН и 1,7 при БПН. dQT при блокадах достоверно не отличалась от N, но была выше, чем при ГЛЖ.

Выводы: удлинение QTg интервала при блокадах ножек обусловлено удлинением деполяризации, но не реполяризации. Удлинение деполяризации не сопровождалось удлинением реполяризации при блокадах ножек. Отмечено укорочение реполяризации на этапе до вершины Т, STag, причем при БЛН укорочение более выражено, чем при БПН, p<0.05. При блокадах уменьшаются все исследованные соотношения этапов электрического процесса, причем величина (STa/TpTe)g при БЛН является минимальной. Вероятно, это отражает тот факт, что при блокадах ножек реполяризация участков миокарда, возбужденных в начале периода QRS, начинается до завершения деполяризации желудочков. Причем при БЛН интервал соответствующий сосуществованию в миокарде желудочков одновременно де- и реполяризации более длительный, чем при БПН.

0629 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ – КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ

Мусин А.М., Васильченко Н.В., Мусина А.А., Кабиева Б.К., Бакаева Л.М.
Семипалатинская государственная медицинская академия, Больница скорой медицинской помощи, Семей, Казахстан

Артериальная гипертензия (АГ) остается одной из наиболее актуальных проблем в клинике внутренних болезней. Ее патогенез является сложным, имеет особенности, зависящие от наличия патологии других органов и систем. Одной из самых важных и притом наименее изученных причин развития АГ остаются нарушения тиреоидного статуса – чаще его снижение (гипотиреоз - ГТ). Согласно современным данным, частота ГТ среди популяции больных АГ составляет 3-4%, в то же время, на территориях, эндемичных по тиреоидной патологии (к числу которых относится Восток Казахстана) этот показатель повышается. В то же время, есть данные, что АГ при ГТ диагностируется в 13,2% случаев.

Диастолическая гипертензия при ГТ является распространенным явлением и определяется в 15-28%, что приблизительно в 3 раза выше, чем в эутиреоидной популяции. Показано, что развитие диастолической АГ в определенной мере может быть связано с повышением ОПСС при гипотиреозе. Во многих случаях гипотиреоза АГ является резистентной к медикаментозной терапии, а уровень АД при этом может достигать 220/140 мм рт.ст. Субклинический ГТ может быть отнесен к факторам риска развития АГ. Об этом свидетельствует синдром АГ, развивающийся после операции по поводу токсического зоба. Механизмы развития АГ у больных ГТ до конца не изучены, несмотря на актуальность проблемы.

Цель исследования – уточнение клинической характеристики АГ у больных с гипотиреозом.

Проведен анализ историй болезней 221 больного с сочетанием АГ и ГТ по данным лечебно-профилактических учреждений г.Семипалатинск (Семей), средний возраст составил 54,7±5,2 года. Клинически АГ протекала тяжело, что характеризовалось значительно повышенным (систолическое в среднем 185±12, диастолическое – 117±7 мм рт.ст.), плохо контролируемым уровнем АД с преимущественным повышением диастолического давления, брадикардией, проявлением сердечной недостаточности I-II степени. Выявлено снижение количества бета-2-адренорецепторов, повышение концентрации уровня предсердного натрий-уретического пептида. Результаты исследования ЭхоКГ характеризовались снижением сердечного выброса, среднее значение ФВ – 47,3±3,4%, уменьшением сократительной способности миокарда, нарушением диастолической функции левого желудочка. Определение уровня тиреоидных гормонов позволило выявить их снижение у всех обследованных, сопровождавшееся достоверным повышением уровня ТТГ. После гормонозаместительной терапии (ГЗТ) L-тироксином, уровень АД лучше контролировался, также в некоторых случаях позволило отменить антигипертензивную терапию, т.к. уровень АД под влиянием антигипертензивных препаратов снижался ниже оптимума. При динамическом наблюдении, после лечения ГЗТ оценивался определением ФВ, где получили повышение до 52,1±2,7%.

Таким образом, ГТ можно рассматривать как фактор риска АГ, при котором течение последней имеет свои особенности. Это свидетельствует о необходимости разработки спектра диагностики, оценки тяжести течения, а также принципов адекватной терапии при данной сочетанной патологии.

0630 ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ МОНО И КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мустафаев И.И., Мамедова Р.Ф.
АзГИУв им. А.Алиева, кафедра внутренних болезней II, Баку, Азербайджан

Цель исследования: Было исследовано влияние длительной моно- и комбинированной терапии пропранололом (П), надололом (Н), гидрохлоротиазидом (ГХТ) и празозином (Пз) на содержание гормонов щитовидной железы (ЩЖ) и тиреотропного гормона (ТТГ)

Методы: Мужчины в возрасте 30-59 лет (ср. 49,04±3,25 лет) гипертонической болезни (ГБ) II ст. со средним и высоким добавочным риском. После 4-недельного периода плацебо больные рандомизировались на 4 группы по 25 больных в каждой. Доза П составляла 80-240 мг/сут., Н- 40-240 мг/сут, ГХТ-50 мг/сут., Пз - 3-15 мг/сут. У всех больных в стандартных условиях в конце контрольного периода, а также через 0,5-, 2-, 6- и 12 месяцев после начала терапии утром натощак определяли концентрацию трийодтиронина (Т3) тироксина (Т4) и ТТГ радиоиммунологического методом.

Результаты: П и Н достоверно снижают функциональную активность ЩЖ путем снижения уровня наиболее биологически активного ее гормона - Тз. Однако, если на фоне лечения П степень уменьшения содержания Тз нарастает до 2-го месяца терапии, (21,4%; p<0,05), а в последующие сроки монотерапии постепенно ослабевает, (15,9%;p<0,01), то в условиях лечения Н отмечается постепенное снижение уровня Тз и степень его снижения усиливается к каждому последующему сроку лечения (15,5%; p<0,05 на 2-ом месяце против 28,4%; p<0,01 на 12-ом месяце). Терапия П приводит к достоверному повышению уровня Т4 (максимум 52,3%; p<0,05) и ТТГ (максимум 53,4%; p<0,05) плазмы, особенно в первые 2 недели приема. В то же время лечение Н не вызывает статистически значимых изменений концентрации указанных гормонов. Изменение уровня Тз плазмы в процессе лечения прямо зависит от доз исследуемых препаратов (r=0,54; P<0,01 для П и r=0,61; P<0,01 для Н). Дли-

тельная медикаментозная профилактика ГБ Пз приводит к сопряженному снижению концентрации Т3 (8,8%; p<0,05) и Т4 (19,5%; p<0,05) плазмы лишь при 2-х недельной монотерапии. При этом уровень ТТГ статистически значимо не изменялось. Существенно, что снижение уровня Т3 и Т4 плазмы происходит в основном за счет лиц молодого и среднего возраста, (r=0,54, P<0,01; r=0,67, P<0,01 соответственно) и у больных с их исходно высоким их значением (r=-0,073, P<0,001; r=-0,44; P<0,05 соответственно). На фоне лечения ГХТ не происходит изменения секреторной деятельности ЩЖ. При применении комбинированной терапии ББ с Пз происходит потенцирование их тиреостатического действия, наблюдаемое при монотерапии каждым из них. (Т3 плазмы снижается максимум на 43,7%; p<0,01), причем у части больных вплоть до гипотиреоидного состояния. Некоторое усиление снижения уровня Т3 (максимум на 22,6%; P<0,001) происходит и в условиях комбинированного применения ББ с ГХТ. При комбинированного лечения Пз с ГХТ изменение функционального состояния ЩЗ не было отмечено.

Выводы: Длительное лечение мужчин ГБ с П и Н может приводить к подавлению функциональной активности ЩЖ. П оказывает корригирующие влияние на содержание гормонов ЩЖ. Комбинация Пз с ББ из-за высокой вероятности развития функциональной недостаточности ЩЖ не желательно. Из всех изученных нами вариантов комбинированной терапии, сочетание Пз с ГХТ более привлекательно в плане влияния на гормональную активность ЩЖ.

0631 ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТЫ ПЕРИНДОПРИЛА НА ЦЕРЕБРАЛЬНУЮ РЕАКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И КАЛЬЦИНОЗОМ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

Мутьен Пиллай Е., Кастанаян А.А.
Кафедра внутренних болезней N 2 РостГМУ, Ростов-на-Дону, Россия

Цель: В настоящем исследовании поставлена задача оценить влияние периндоприла на церебральную реактивность у больных с артериальной гипертензией (АГ) и кальцинозом аортального клапана (КАК).

Методы исследования: Обследовано 30 больных, которые были разделены на 2 группы (I группа – 14 больные с АГ и КАК при отсутствии сформированного порока сердца и II группа – 16 больных АГ и кальцинозом АК со стенозом). В исследование не были включены больные с острыми нарушениями мозгового кровообращения, врожденными аномалиями и значимыми гемодинамическими патологиями брахиоцефальных сосудов, инфарктом миокарда, мерцательной аритмией, врожденными пороками сердца и ревматической болезнью сердца. Реактивность мозгового кровотока была оценена с помощью триплексного сканирования средней мозговой артерии (СМА) с использованием нагрузочных проб (гиперкапническая и гипокапническая) до и после лечения периндоприла. Цереброваскулярная реактивность рассчитывается с помощью следующей формулы: ИВМР = (V+-V-/V0)x100%.

Полученные результаты: До лечения ИВМР во II группе был ниже, чем в I группе. После трехмесячного курса лечения периндоприлом, ИВМР увеличивался на 11,2% и 9,1% в I и II группе соответственно. Необходимо отметить, что у 2 больных наблюдалось снижение ИВМР с градиентом давления между левым желудочком и аортой более 36 мм рт.ст. при достижении целевого уровня АД на фоне лечения.

Выводы: У большинства больных с АГ и КАК, церебральная реактивность улучшалась на фоне лечения периндоприлом, вероятно связано с благоприятным влиянием на ремоделирование мозговых артерий. Уменьшение ИВМР у 2 больных с градиентом давления между левым желудочком и аортой более 36 мм рт.ст. может быть связано с парезом резистивных сосудов головного мозга и повышенным риском гипоперфузии мозга.

0632 СКОРОСТЬ РАЗВИТИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОГО ЭФФЕКТА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ

Муфтеева Э.Т., Шаварова Е.К., Юртаева В.Р., Кобалава Ж.Д.
Российский университет дружбы народов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, Москва, Россия

Цель исследования: оценить эффективность и переносимость различных режимов антигипертензивной терапии у больных с артериальной гипертонией (АГ), а также предикторы успешного достижения целевого АД.

Материалы и методы: 30 пациентов с впервые выявленной и ранее не леченной АГ (САД 150-179 мм рт.ст. и ДАД 90-109 мм рт.ст.) без ассоциированных клинических состояний (АКС) и тяжелых сопутствующих заболеваний. При стратификации по риску сердечно-сосудистых осложнений все пациенты имели высокий и очень высокий риск (либо ≥3 ФР, либо поражение, как минимум, 1 органа-мишени). Больные рандомизировались для применения двух режимов антигипертензивной терапии в течение 4 недель: традиционный (стартовая терапия ингибитором АПФ зофеноприлом 15 мг, при отсутствии достижения целевого АД через 1 неделю после рандомизации – увеличение дозы зофеноприла до 30 мг, через 2 недели - присоединение гипотиазида 12,5 мг (ГХТЗ), через 3 недели увеличение дозы ГХТЗ до 25 мг - группа 1, n=15) и интенсивный (стартовая комбинированная терапия зофеноприлом 30 мг с ГХТЗ 12,5 мг со снижением дозы при необходимости – группа 2, n=15). Все больные осуществляли самоконтроль АД (СКАД) с регистрацией результатов в дневниках.

Результаты: средний возраст пациентов группы 1 и 2 - 48,0±13,0 и 49,6±10,1 лет, соответственно. Пациенты обеих групп не отличались по полу, антропометрическим показателям. Давность АГ в группе традиционной терапии составила 26,6±17,4 мес., в группе интенсивной терапии - 23,6±13,2 мес. Исходное САД - 154,8±6,6 мм рт.ст. в 1 группе и 155,7±7,2 мм рт.ст. во 2 группе. Исходное ДАД - 93,5±4,7 мм рт.ст и 96,1±5,2 мм рт.ст. в группах сравнения, соответственно. При анализе скорости развития антигипертензивного эффекта по данным СКАД было показано, что в группе интенсивной терапии целевые цифры САД и ДАД достигнуты на 4 день, в группе традиционного режима терапии: целевое САД - на 14 день, ДАД - на 19 день. Через 1 неделю в группе интенсивной терапии по сравнению с группой стандартной терапии различия в снижении САД составили 10 мм рт.ст., а ДАД – 5 мм рт.ст. Эффект сохранялся и к 28 дню, когда различие по САД составило 4 мм рт.ст., по ДАД - 3 мм рт.ст. в пользу интенсивного режима. По результатам корреляционного анализа выявлены взаимосвязи успешного снижения АД с исходной степенью повышения АД (r=0,71, p<0,05), назначением интенсивного режима терапии (r=0,79, p<0.05), окружностью талии (r=-0,58, p<0,05), степенью повышения СРПВ (r=-0,62, p<0,05), индексом массы миокарда левого желудочка (r=-0,49,p<0,05). Нежелательные явления: сухой кашель - у двух человек в группе 1, слабость (без гипотонии) - у 1 человека в группе 2.

Выводы: стартовая полнодозовая терапия иАПФ зофеноприлом и ГХТЗ больным с АГ с высоким и очень высоким риском позволяет быстро и безопасно достичь целевого АД. Скорость развития антигипертензивного эффекта зависит от исходного уровня АД, выраженности ФР и ПОМ, что является дополнительным аргументом в пользу раннего начала активной терапии.

0633 РОЛЬ САМОКОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ОЦЕНКЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЭКВИВАЛЕНТНОСТИ ДВУХ ПРЕПАРАТОВ ФОЗИНОПРИЛА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ

Муфтеева Э.Т., Шаварова Е.К., Кобалава Ж.Д.
Российский университет дружбы народов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, Москва, Россия

Цель исследования: сравнить терапевтическую эквивалентность двух препаратов фозиноприла: Моноприл (Bristol-Myers Squibb) и Фозикард (Actavis) у больных с артериальной гипертонией (АГ) 1 и 2 степени при помощи самоконтроля АД (СКАД).

Материалы и методы: 16 пациентов с впервые выявленной и ранее не леченной АГ 1-2 степени (САД 140-179 мм рт.ст. и ДАД 90-109 мм рт.ст.) без тяжелых сопутствующих заболеваний были рандомизированы на 2 группы (моноприл 10 мг или фозикард 10 мг), при отсутствии достижения целевого АД через 2 недели после рандомизации – присоединение гипотиазида 12,5 мг (ГХТЗ), через 4 недели - увеличение дозы фозиноприла до 20 мг. Использовался перекрестный дизайн исследования, после 6 недель лечения следовал 2-недельный период отмены, после чего каждому пациенту проводилась смена препарата: получавшим моноприл в первом блоке назначался фозикард, и наоборот. Схема титрования дозы во втором блоке лечения была аналогичной. Всем пациентам выполнялись сбор анамнеза, биохимический анализ крови, ЭКГ, ЭхоКГ. Больные осуществляли СКАД автоматическим электронным тонометром утром и вечером по три измерения с интервалом в 1 минуту с регистрацией средних цифр АД в дневниках.

Результаты: Средний возраст пациентов составил 54,6±6,7 года. Давность АГ составила 3,8±1,3 лет. Встречаемость факторов риска сердечно-сосудистых осложнений среди обследованных пациентов: курение – 37,5%, ожирение - 63%, отягощенная наследственность - 23%, сахарный диабет - 13%, гиперхолестеринемия >6,5ммоль/л - 44%, >5,0 ммоль/л – 81,2%. ГЛЖ по ЭКГ была выявлена у 9% пациентов. Исходное САД/ДАД – 166,5±7,6/ 93,5±4,3 мм рт.ст. до лечения моноприлом и 165,0±7,1/ 93,8±5,2 мм рт.ст. до лечения фозикардом. Все пациенты к окончанию 6-недельной терапии достигли целевых цифр АД по данным СКАД. Монотерапия оригинальным препаратом и генериком оказалась примерно одинаково эффективной: 63% и 69%, соответственно. Комбинация 10 мг фозиноприла и 12,5 мг ГХТЗ в группе моноприла позволила достичь целевого АД у 31%, в группе фозикарда у 19%, увеличение дозы фозиноприла до 20 мг в сочетании с ГХТЗ 12,5 мг в группе моноприла требовалось у 6%, в группе фозикарда у 14%. На фоне терапии моноприлом на 2 неделе отмечалось снижение САД на 16,3 мм рт.ст., а ДАД – на 9,4 мм рт.ст, в группе фозикарда – на 20,3 и 7,1 мм рт.ст., соответственно ($p<0,01$ в обеих группах). На 4 неделе приёма препаратов в 1 группе снижение САД/ДАД составило 20,9/ 11,4 мм рт.ст., во 2 группе - 22,2/ 8,7 мм рт.ст. На 6 неделе - в 1 группе уменьшение САД/ДАД - 23,3/ 13,2 мм рт.ст., во 2 группе – САД/ДАД 25,1/ 10,5 мм рт.ст. Статистически значимых различий по влиянию выбора препарата на изменение САД и ДАД выявлено не было ($p<0,05$). Из нежелательных явлений следует отметить появление сухого кашля в группе моноприла у одного пациента (отмена терапии), появление слабости у одного человека в группе фозикарда (терапия продолжена).

Выводы: СКАД позволяет подтвердить сопоставимость антигипертензивного эффекта, оригинального препарата фозиноприла и его генерика. Переносимость препаратов достоверно не отличалась, таким образом, на основании результатов анализа СКАД, а также, учитывая наличие данных о сравнимой биоэквивалентности двух препаратов, можно говорить об их терапевтической эквивалентности.

0634 ВЛИЯНИЕ ДЕПРЕССИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Мухтаренко С.Ю., Мураталиев Т.М.
Национальный центр кардиологии и терапии имени академика Мирсаида Миррахимова, Бишкек, Кыргызстан

Цель: изучение распространенности тревоги и депрессии и их взаимосвязи с качеством жизни (КЖ) у больных коронарной болезнью сердца (КБС).

Материал и методы: Скрининговое исследование с использованием шкалы Краснова В.Н. прошли 170 больных КБС. Далее в исследование были включены 68 больных с различными формами КБС: 33 мужчины (48,5%) и 35 женщин (51,5%). Средний возраст обследованных 68 больных составил 51,78±8,20 лет. Обследование проводилось с использованием шкалы реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности теста Спилбергера, госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) в адаптированном русском варианте и модифицированного Сиэтлского опросника для больных стенокардией (MCOC). Все пациенты находились на стационарном лечении. У 48 больных (74,6%) была диагностирована нестабильная стенокардия, у 7 (10,3%) - острый инфаркт миокарда, у 13 (19,1%) – стабильная стенокардия II-III функционального класса по Канадской классификации кардиологов.

Результаты: По результатам скрининга те или иные симптомы тревожно-депрессивного регистра отмечались практически у всех обследованных больных. Результаты исследования с использованием шкалы HADS показали, что у 15 пациентов (25,5%) отмечалась субклиническая тревога, у 46 (50,0%) – клинически выраженная тревога, у 7 (23,5%) пациентов симптомы тревоги отсутствовали. По данным шкалы депрессии HADS у 18 (26,5%) пациентов отмечалась субклиническая депрессия, у 16 (23,5%) – клинически выраженная депрессия. У 34 (50%) симптомы депрессии по шкале HADS отсутствовали. Данные анализа результатов теста Спилбергера указывали на умеренную степень РТ у 13 (19,1%) и высокую степень РТ у 55 (80,9%) пациентов. ЛТ умеренной степени отмечалась у 9 (13,2%), высокой степени – у 59 (86,8%) пациентов. Выявлена обратно пропорциональная зависимость между показателями шкалы депрессии HADS и КЖ по MCOC. В подгруппе больных с отсутствием депрессии показатель КЖ по MCOC был достоверно выше (24,24±4,24) по сравнению с таковым в подгруппе больных с субклинической депрессией (20,78±4,81), $p\leq0,01$, а также по сравнению с таковым в подгруппе с клинически выраженной депрессией (19,0±6,92), $p\leq0,002$.

Выводы: Высокая частота встречаемости тревоги и депрессии и влияние депрессии на показатели КЖ у больных КБС указывает на необходимость проведения дифференцированной психофармакотерапии и психокоррекции и включения образовательных программ в комплекс реабилитационных мероприятий у больных данного профиля.

0635 ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Мышляева Т.О., Кисляк О.А.
ГОУ ВПО РГМУ «Росздрава», Москва, Россия.

Цель: сахарный диабет 2 типа – хроническое, прогрессирующее заболевание, часто не диагностируемое в течение длительного времени. Уже на момент установления диагноза больные имеют сопутствующие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, что требует более тщательного обследования лиц с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа.

Методы исследования: в исследование было включено 25 пациентов с СД 2 типа, длительностью 9,6±3,6 месяцев (20 женщин и 5 мужчин, средний возраст 61,6 год), 15 человек получали сахароснижающие препараты, 10 были на диете. Оценивалось наличие факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний по версии ЕОАГ и ЕОК, 2007. Определялись параметры углеводного, липидного обмена. Всем пациентам было проведено суточное мониторирование АД (СМАД).

Полученные результаты: гликемия плазмы натощак составила 7,9±2,1 ммоль/л, средний уровень HbAlc -7,24±1,64%, С-пептид 1,31±0,45 нмоль/л. Повышенный уровень систолического АД (САД) определялся у 22 человек (88%), диастолического АД (ДАД) – у 15 человек (60%), пульсового АД (ПАД) – у 20 человек (80%). Уровень ОХ выше 5 ммоль/л был у 19 человек (76%), ТГ выше 1,7 ммоль/л – у 12 человек (48%), ЛПНП выше 3,0 ммоль/л – у 15 человек (60%), ЛПВП ниже 1,2 ммоль/л – у 13 человек (52%). Объем талии (ОТ) более 88см был у 15 женщин (60%), ОТ более 102см был у 2 мужчин (8%). Курящих было 5 человек (20%). Семейный анамнез по СД 2 типа имели 3 человека (12%).

Выводы: таким образом, при ситуации впервые выявленного СД 2 типа, 100% пациентов уже имели факторы сердечно-сосудистого риска. Более 5 факторов дополнительного риска было у 18 человек (72%). В данной группе больных наиболее часто встречалось повышение САД, ПАД, уровня общего холестерина, реже всего как фактор риска наблюдалось курение, совсем не встречался семейный анамнез по ранним сердечно-сосудистым заболеваниям.

0636 ЧАСТОТА И ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ БЕССИМПТОМНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА СОННЫХ АРТЕРИЙ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Мясоедова Е.Е.[1], Мясоедова С.Е.[1], Шостак Н.А.[2], Обжерина С.В.[1], Святова Н.Д.[1]
ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава[1], Иваново, Россия; ГОУ ВПО РГМУ Росздрава[2], Москва, Россия

Цель: Оценить частоту бессимптомного атеросклероза сонных артерий у больных ревматоидным артритом (РА) и выявить факторы, которые могут влиять на увеличение толщины комплекса интима-медиа (ТИМ) при РА.

Методы: У 100 больных РА, не имеющих клинических проявлений атеросклероза сосудов (средний возраст (±σ) 49,0 (±8,51) лет), выполняли полный стандартный комплекс клинико-лабораторных исследований; всем больным проводилась ультрасонография сонных артерий с определением ТИМ общих сонных артерий (ОСА). Активность РА оценивали по индексу DAS28.

Результаты: Увеличение ТИМ ОСА у больных РА было обнаружено в 77% случаев, у 18% пациентов выявлены атеросклеротические бляшки (АСБ) в устье внутренних сонных артерий (ВСА). Атеросклеротическое поражение устья одной ВСА было диагностировано у 11% больных, обеих ВСА – в 7% случаев. Число пораженных сонных артерий коррелировало с уровнем триглицеридов (ТГ) ($r=0,47$, $p<0,05$) и ТИМ ОСА ($r=0,55$, $p<0,05$). 13% пациентов имели АСБ со степенью сужения просвета ВСА менее 10%, 5% больных – от 10 до 55%. У больных, имеющих АСБ, отмечен более длительный анамнез РА, ($p=0,04$), более высокий уровень С-реактивного белка ($p=0,03$), более продвинутая рентгенологическая стадия РА ($p=0,04$), большая ТИМ ($p<0,001$) и более высокий уровень ТГ ($p=0,04$), чем у пациентов без АСБ. У пациентов с утолщением ТИМ были выше значения: DAS28 ($p=0,023$), индекса массы тела (ИМТ) ($p=0,01$), систолического ($p=0,003$) и диастолического ($p=0,05$) артериального давления, ТГ плазмы ($p<0,001$), выше число факторов кардиоваскулярного риска (КВР) ($p<0,001$), а также наблюдалась более частая встречаемость высокого уровня КВР ($\chi2=8,61$, $p=0,003$), чем у больных РА с нормальной ТИМ. Число болезненных суставов при РА коррелировало с числом факторов КВР ($r=0,20$, $p<0,05$), концентрацией ТГ плазмы ($r=0,25$, $p<0,05$); уровень γ-глобулинов – с ИМТ ($r=0,76$, $p<0,05$), объемом талии ($r=0,67$, $p<0,05$) и уровнем общего холестерина ($r=0,70$, $p<0,05$). При сравнении сопоставимых по полу и возрасту групп больных с различной длительностью анамнеза РА (0–1 год; 1–5 лет; 5–10 лет; 10 и более лет) по значению ТИМ показано, что больные с длительностью анамнеза РА 10 и более лет имели значительно большую ТИМ, чем таковые с длительностью РА 0–1 год ($p=0,01$). В других группах различий по ТИМ не выявлено. На модели множественной регрессии установлено, что возраст, КВР и индекс DAS28 значимо ассоциированы с показателем ТИМ при РА ($adj.R2=0,38$, $p<0,05$).

Выводы: Для РА характерна высокая частота встречаемости бессимптомного атеросклероза каротидных артерий. Оценка уровня КВР и индекса DAS28 необходимы как скрининг с целью профилактики и контроля увеличения ТИМ при РА. В угрожаемой когорте больных необходимо углубленное исследование с проведением ультрасонографии сонных артерий и определением ТИМ и наличия АСБ. Таким образом, сердечно-сосудистая патология при РА – результат влияния комплекса факторов, таких как возраст, иммуно-воспалительная активность РА и традиционные факторы КВР.

0637 ДИНАМИКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЦА И КРУПНЫХ СОСУДОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Мясоедова Е.Е., Цейтлин Е.С., Асатрян К.В.
ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, Иваново, Россия

Цель: проследить динамику изменений геометрии сердца и крупных сосудов по данным эхоКГ у больных РА в течение от 1 до 6 лет наблюдения в зависимости от активности РА, традиционных факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Методы. У 33 больных РА (средний возраст 45,12±1,38 лет), не имеющих сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний и признаков недостаточности кровообращения, проводили полный стандартный комплекс клинико-лабораторных исследований; эхо-кардиографическое исследование с оценкой диастолической функции левого желудочка (ЛЖ). Обследование всех больных проводили исходно, через 1 год, через 2–6 лет наблюдения. Средняя длительность анамнеза РА при первичном обследовании составляла 10,48±2,11 лет.

Результаты: У больных РА выявлена высокая распространенность поражения сердечно-сосудистой системы: индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) исходно был выше границ нормальных значений у 71% больных; диастолическая дисфункция (ДД) ЛЖ выявлялась у 30,3% обследованных; артериальной гипертонией (АГ) страдали 63,6% пациентов. Все обследованный имели, по крайней мере, один ФР ССЗ. Число лиц с высоким и очень высоким риском ССЗ составило 96,97%. Показано, что ИММЛЖ и распространенность гипертрофии ЛЖ значимо не менялась в течение 1 года наблюдения, однако после 2 лет ИММЛЖ становился выше исходного ($p<0,05$). Через 1 год частота встречаемости ДД в группе возросла в 2,44 раза от исходной ($p<0,001$) и составила 74%; после 2 лет наблюдения ДД встречалась уже у 77% больных и практически у всех из них (95%) ассоциировалась с гипертрофией ЛЖ. Фракция выброса ЛЖ оставалась неизменной в течение всего периода наблюдения. Уже в течение 1 года происходило значимое увеличение по сравнению с исходным передне-заднего размера левого предсердия (ЛП) ($p<0,01$) и диаметра легочной артерии (ЛА) ($p<0,01$). Длина ЛП значимо не изменялась, однако ее значение коррелировало с активностью РА по индексу DAS28 ($r=0,62$, $p<0,05$). Диаметр ЛА продолжал увеличиваться и после 2 лет превышал таковой через 1 год от начала наблюдения ($p<0,05$). Диаметр аорты увеличивался после 2 лет наблюдения ($p<0,01$). Клинико-лабораторная активность РА, распространенность, степень АГ и метаболические показатели за период наблюдения не претерпевали значимых изменений. Однако, обнаружены корреляции уровня С-реактивного белка с разницей конечного (кон.) и исходного (исх.) диаметра ЛА ($r=0,84$, $p<0,05$); наличия ревматических узлов с разницей кон. и исх. диаметра аорты ($r=0,44$, $p<0,05$); уровня риска ССЗ с разницей кон. и исх. ИММЛЖ ($r=0,55$, $p<0,01$); уровня триглицеридов с разницей кон. и исх. ТМЖП ($r=0,79$, $p<0,01$), с разницей кон. и исх. передне-заднего размера ЛП ($r=0,66$, $p<0,05$), с разницей кон. и исх. диаметра ЛА ($r=0,83$, $p<0,05$).

Выводы: частота и выраженность патологии сердца и крупных сосудов при РА возрастает в динамике наблюдения. Корреляции показателей воспалительной активности РА и метаболических параметров с изменениями размеров полостей сердца и крупных сосудов отражают сочетанное влияние хронического аутоиммунного воспаления и традиционных ФР ССЗ на процесс ремоделирования сердца и сосудов при РА.

0638 ВЛИЯНИЕ ФЛОГЭНЗИМА НА УРОВНИ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Набережнова Е.Г., Хайруллин Р.Н., Галявич А.С., Галеев А.А.
Межрегиональный клинико-диагностический центр, Казань, Россия

Цель: Изучить влияние препарата Флогэнзим на уровни цитокинов у больных стабильной стенокардией напряжения.

Материалы и методы. В исследование был включен 21 человек (мужчин – 19, женщин – 2) в возрасте от 43 до 68 лет (средний возраст 54,55±6,62 года). Все пациенты были с диагнозом ИБС: стенокардия напряжения ФК III-IV. Все больные получали стандартную терапию (нитраты, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, статины, антиагреганты). В основной группе больных (10 человек) назначался препарат Флогэнзим в дозе 3 драже 3 раза в день в течение 28 дней в дополнение к стандартной антиангинальной терапии. В группу контроля вошли 11 человек, получавших стандартную антиангинальную терапию. В ходе исследования проводилась лабораторная диагностика (общие анализы крови, мочи, липидный профиль, коагулограмма, трансаминазы). Определение уровня Срб, цитокинов (IL-1, IL-6, IL-8) и фактора некроза опухолей (ФНО-альфа) проводилось на приборе IMMULITE, реактивы фирмы DPC. Оценка состояния больного и изучение параметров проводились исходно и через 28 дней лечения.

Результаты: Через 28 дней лечения Флогэнзимом у больных со стабильной стенокардией напряжения существенного изменения показателей периферической крови не было. Уровень IL-6 увеличился по сравнению с исходным в 4 раза (с 4,44±2,45 до 17,99±40,36). Уровень IL-8 достоверно увеличился в сравнении с исходными данными в 18 раз (с 18,22±21,98 до 328,73±810,29; p=0,001). Достоверно снизился уровень Срб (с 6,1±4,9 до 3,59±2,63; p=0,019). Имел тенденцию к увеличению ФНО-альфа (с 10,68±5,44 до 17,94±19,13). На 28 сутки приема Флогэнзима отмечалась тенденция к снижению общего холестерина на 11%, ЛПНП на 13% и ТГ на 10% по сравнению с исходными данными.

Выводы: Применение Флогэнзима в течение 28 дней у больных стабильной стенокардией напряжения приводит к увеличению уровня цитокинов и ФНО-альфа и к достоверному снижению уровня Срб. Это может говорить, с одной стороны, об активации системы цитокинов, а с другой стороны, о стабилизации атеросклеротического процесса под влиянием Флогэнзима.

0639 ВЛИЯНИЕ ЦИКЛОФЕРОНА НА ИММУННЫЙ СТАТУС И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ МИОКАРДИТАМИ

Нагаева Г.А., Абдуллаев Т.А.
Республиканский Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: изучение влияния циклоферона (Ц) на иммунный статус (ИС) и вариабельность ритма сердца (ВРС) у больных неревматическими миокардитами.

Материалы и методы: обследовано 20 больных (9-муж. и 11-жен.), ср.возрастом 34,94±8,87 лет. Больные разделены на 2 группы: 1-я (n=12) – пациенты с постмиокардитическим кардиосклерозом (ПМКС); 2-я (n=8) – с острой формой миокардита. До и на 30-е сутки терапии Ц анализировали иммунный статус (ИС) крови, ЭКГ, ХМЭКГ.

Результаты: Анализ ИС выявил достоверное различие в содержании лимфоцитов (2043,6±733,83 и 1542,44±564,47, p=0,035), субпопуляции Т-лимфоцитов (1103,55±422,8 и 791,22±406,18, соответ. 1й и 2й гр., p=0,029), иммунорегуляторный индекс (ИРИ) был снижен как в 1й, так и во 2й гр. (1,35±0,26 и 1,27±0,17 соответ.). Гуморальные маркеры ИС показали активное воспаление у больных 2й гр., IgA на 11,58% был выше, чем в 1й (161,81±40,23 и 180,56±38,45). На фоне терапии Ц маркеры ИС улучшились, как в клеточном, так и гуморальном звеньеях, при этом отмечено достоверное увеличение ИРИ у больных 2гр. (с 1,27±0,17 до 1,98±0,05, p≤0,05). Оценка параметров ВРС выявила, что во 2й гр. показатели ВРС ниже, чем в 1й (SDNN=177,83±177,41 и 135,63±47,7, SDANN=153,7±170,41 и 125,6±48,59, rMSSD=115,1±132,9 и 32,63±18,82 соответ. в 1й и 2й гр), однако, LF/HF, свидетельствует о превалировании LF-спектра у больных 2й гр. (3,53±1,94 и 4,42±4,83 соответ. 1й и 2й гр.). На фоне терапии Ц параметры ВРС улучшились, особенно у пациентов 2й гр: повышение SDANN на 28,54% (125,6±48,59 и 161,44±101,13 соответ.), rMSSD – на 82,07% (32,63±18,82 и 59,41±11,22), а pNN50 возрос более чем в 2,5 раза (10,63±10,31 и 27,69±18,37). Также возросли и спектральные параметры ВРС: HFnorm у больных 2й гр. возрос в 2 раза (26,2±11,55 и 44,7±2,86 соответ., p=0,000).

Таким образом, Ц. способствует улучшению иммунного статуса и оказывает позитивное влияние на параметры ВРС, более выраженные у больных с острой формой заболевания.

0640 ОЦЕНКА РИСКА ИБС С ПОМОЩЬЮ КОМБИНАЦИИ ТРАДИЦИОННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА И ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ

Назаренко Г.И., Клейменова Е.Б., Пающик С.А.
Медицинский центр Банка России, Москва, Россия

Цель: Определить диагностическую эффективность генетических маркеров в комбинации с традиционными факторами риска для оценки вероятности развития ИБС.

Методы: Обследовано 131 пациентов с ИБС (м:ж=85:46). Средний возраст составил 57,1±9,2 года (33- 80 лет). Это пациенты с инфарктом миокарда, нестабильной стенокардией, а также перенесшие стентирование и АКШ. Диагноз ИБС верифицирован при коронарографии. Факторы риска ИБС оценивались ретроспективно по материалам компьютерной базы данных до установления диагноза ИБС. Контрольная группа 159 человек (м:ж=90:69) в возрасте от 36 до79 (54,3±8,21). Анализ 29 полиморфизмов в 27 генах (ApoE, ApoCIII, PON1, ecNOS, NOS1, AGT, ACE, AGTR1, AGTR2, BKR, REN, FV, PAI-1, PLAT, GPIIIa, FII, FRB, MTHFR, MTRR, ADRB1, ADRB2, PRAR–α, PRAR–γ, PRAR–ρ, UCP2, DQB1, TNF α) проводили методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). У всех обследованных оценивали традиционные факторы риска по общепринятой методике и рассчитывали индекс Framingham, у мужчин дополнительно – PROCAM. Статистический анализ проводили при помощи компьютерной программы SAS JMP7. Для оценки ассоциации полиморфизмов генов с ИБС использовался метод логистической регрессии. Способность результатов обследования предсказывать ИБС оценивалось с помощью характеристической кривой (AROC). Для сравнения различных алгоритмов рассчитывалась площадь под кривой (AUC ROC). Для количественного сравнения AUC ROC рассчитывался индекс «z» (J.Hanley, 1983).

Результаты: Среднее значение 10-летнего риска ИБС (Framingham) в группе здоровых составляет 7,53 ±7,05%, у пациентов с ИБС -16,29±8,08 %. Среднее значение риска PROCAM у здоровых - 8,28±7,46%, у пациентов с ИБС - 15,86±9,44. AUC ROC для риска Framingham составляет 0,743±0,035, и была сопоставима с PROCAM (0,746±0,035). Точка разделения (оптимальный порог отсечения) пациентов с ИБС и здоровых для риска Framingham - 8%, PROCAM -13,2%, что свидетельствует о недооценке риска ИБС преимущественно у пациентов в группе среднего риска 10-20%. При анализе результатов генетического обследования у 5 генов была выявлена независимая статистически значимая ассоциация с риском развития ИБС (p<0,05). Площади под ROC-кривыми составили для ApoE -0,59±0,034, PON1- 0,540±0,034, PAI-1-0,59±0,033, GPIIIa-0,556±0,034, UCP2-0,548±0,034. Модель, которая включает все 5 генов риска, имеет AUC ROC 0,762±0,035. При сравнении с AUC ROC для Framingham индекс Z составляет 0,48 (<1,96), что свидетельствует об отсутствии значимых различий. При анализе комбинированной модели, включающей 5 генов риска и риск Framingham, AUC ROC составляет 0,84±0,035, что значительно улучшило качество модели. Индекс Z составляет 2,40 (≥1,96, p<0,05).

Выводы Прогностическая эффективность общепринятых алгоритмов для оценки факторов риска ИБС (Framingham, PROCAM) недостаточна. Комбинация результатов генетического тестирования с традиционными факторами риска позволяет значительно повысить прогностическую значимость оценки коронарного риска.

0641 СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ФАКТРЫ РИСКА И ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.

Нанчикеева М.Л., Гладкая А.А., Леонтьева Т.Н., Фомин В.В., Козловская Л.В.
Областная клиническая больница, Владимир, Россия

Цель: изучить частоту и степень выраженности метаболических факторов риска у пациентов с ранними признаками гипертонического поражения почек.

Материалы и методы: обследовано 148 больных эссенциальной артериальной гипертензией с длительностью заболевания от нескольких месяцев до 32 лет

(средняя продолжительность 10±5,6 лет), средний возраст 49 лет. У 75% пациентов была артериальная гипертензия 1 и 2 степени и у 1/4 - 3 степени. Проведены общеклинические исследования, оценка метаболического статуса, состояния почек. Исследована сосудистая реактивность методом дуплексного сканирования с цветовым доплеровским картирование с оценкой эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД) в пробе с реактивной гиперемией плечевой артерии.

Результаты: у подавляющего большинства пациентов были выявлены нарушения углеводного, липидного или пуринового обмена, или их сочетание. Только у 10% пациентов все показатели обмена были в пределах нормы. Признаки гипертонической нефропатии (ГНП) обнаружены более чем у половины пациентов: у 65% выявлена микроальбуминурия (МАУ), у 57% - отклонения от нормальных значений СКФ, у 54% - повышении индекса резистентности (RI) междолевых почечных артерий. Отмечена тесная связь ранних признаков ГНП с метаболическими нарушениями. Так у пациентов с МАУ показатели индекса массы тела (ИМТ), триглицеридов (ТГ), мочевой кислоты (МК) и ее суточной экскреции (ЭМК) были достоверно выше, чем у пациентов без МАУ. У пациентов с повышенной СКФ выявлен более высокий уровень ЭМК, а со сниженной СКФ еще и более высокий уровень ОХ и ЛПНП. Пациенты с признаками повышения внутрипочечного сосудистого сопротивления (RI>0,64) имели более высокий ИМТ, уровень гликемии натощак и более низкий уровень ХЛВП, чем пациенты с нормальными показателями внутрипочечной гемодинамики. Учитывая важное значении эндотелиальной дисфункции в развитии поражения органов-мишеней, мы исследовали зависимую от эндотелия вазодилатацию (ЗЭВД) в манжеточной пробе у 54 пациентов эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ). Оказалось, что у пациентов с признаками ГНП: МАУ, повышением RI и со сниженной СКФ, ЗЭВД была существенно ниже, чем у пациентов без признаков поражения почек. Кроме того, снижение показателя ЗЭВД отмечено среди пациентов с признаками метаболического синдрома (МС). В группе пациентов с МС не только средний уровень ЗЭВД был ниже, но и существенно возрастала (почти в 4 раза) частота очень низких значений этого показателя (менее 4 %).

Вывод: для улучшения эффективности лечения пациентов ЭАГ необходимо при выборе лечебной стратегии учитывать наличие признаков поражения органов-мишеней, почек в том числе. Обнаружение ранних признаков ГНП автоматически переводит пациентов в группу высокой степени риска, что требует назначения комбинированной антигипертензивной терапии с обязательным акцентом на препараты с нефропротективным потенциалом. Дополнительным существенным вкладом в оптимизацию лечения является учет ФР, прежде всего модифицируемых..

0642 РОЛЬ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Настрадин О.В., Помогалова О.Г., Потапова Е.С., Невзорова В.А.
Владивостокский ГМУ, Владивосток, Россия

Цель: оценить состояние воспалительных и противовоспалительных цитокинов у мужчин с метаболическим синдромом (МС) в сочетании с крупноочаговым инфарктом миокарда (ИМ).

Материалы и методы: проанализированы материалы наблюдения над 138 мужчинами (средний возраст 56,5±2,07 лет). Все обследованные пациенты с крупноочаговым ИМ были разделены на 2 группы: 1-ая - лица с признаками МС; 2-ая – больные, не имеющие МС. Критериями диагностики МС служила новая редакция определения МС, представленная в 2005г на I Международном конгрессе по преддиабету и МС в Берлине и на 75-м Конгрессе Европейского общества по атеросклерозу в Праге. В контрольную группу вошли 20 здоровых лиц.

Для исследования состояния цитокиновой системы были определены уровни ИЛ-6, ИЛ-10, а также ФНО-α в сыворотке крови методом ИФА.

Результаты: обращает внимание, что в отличие от предполагаемого избыточного содержания ФНО-α в плазме крови, в нашем исследовании установлено его снижение (1,89 пг/мл, ДИ 0,98-2,82 пг/мл и 0,95 пк/мл, ДИ 0,75-1,14 пг/мл соответственно в сочетании с МС и без него, статистически значимо отличаясь от контроля - 1,95 пк/мл, ДИ 1,59-2,30 пг/мл только в группе без МС). Полученное снижение ФНО-α сохранялось и через 3 недели наблюдения в обеих группах. Установленный дефицит ФНО-α в плазме крови не исключает его высокое содержание в эндотелиальной выстилке инфаркт-связанной артерии и некротизированном миокарде.

Содержание ИЛ-6 в острый период ИМ в плазме крови достоверно увеличивалась в обеих группах с более высокими показателями у пациентов с проявлениями МС (8,07 пг/мл, ДИ 6,70-9,42 пг/мл и 13,07 пг/мл, ДИ 11,66-14,68 пг/мл соответственно). К выписке концентрация ИЛ-6 достигала контрольных значений только при отсутствии МС, оставаясь повышенной при наличии его проявлений. Вероятно, такие значимые различия в содержании провоспалительных цитокинов в сыворотке крови связаны с более высокой тканевой специфичностью ФНО-α по сравнению с ИЛ-6. Однако, содержание ИЛ-10 в сыворотке крови в острый период крупноочагового ИМ при наличии МС и без него не отличалось от контроля. К 3-ей недели наблюдения его концентрация даже достоверно снижалась, причем более статистически значимо при сочетании крупноочагового ИМ и МС.

Заключение: Таким образом, концентрация про- и противовоспалительных цитокинов при ИМ характеризуется снижением содержания ФНО-α, ИЛ-10 и повышением ИЛ-6. Наличие МС в большей степени влияет на сохранение воспалительного потенциала плазмы через 3 недели от развития ИМ, чем на изменение этих показателей в острый период ИМ.

0643 ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, ГЕМОДИНАМИКА И УРОВЕНЬ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У ЖЕНЩИН С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Натарова Е.В., Туев А.В., Агафонов А.В.
ГОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава», Пермь, Россия

Цель. Изучение уровня натрийуретического пептида (НУП), показателей эхокардиографии у беременных с физиологически протекающей беременностью и с врожденными пороками сердца (ВПС).

Методы. В работе представлены результаты наблюдения 63 женщин разных сроков беременности. Возраст беременных составил от 16 до 39 лет (средний возраст - 24,9±5,6 года). В основную группу наблюдения вошли 18 женщин с ВПС.

В группу сравнения включены 45 женщин с нормально протекающей беременностью.

Результаты. Среди обследованных женщин число первородящих составило 46 человек, повторнородящих – 17.

Общая прибавка веса (ОПВ) у здоровых беременных в среднем составила 11,27±2,12 кг, у беременных с ВПС–12,36±2,04 кг (p=0,000002). Средний срок родоразрешения у женщин с нормально протекающей беременностью составил 38,3±1,4 недели, у беременных с ВПС–36,2±1,3 (p=0,000015). Средняя масса тела доношенных новорожденных, родившихся у матерей с ВПС составила 2976±381,6 гр, в группе сравнения - 3440±240,8 гр (p=0,000048).

Уровень НУП в первой группе был статистически значимо выше по сравнению со второй и составил 161,5±26,7 пг\мл и 78,5±26,3 пг\мл соответственно (p<0,001).

Изучение корреляции выявило статистически значимые различия между показателями размеров ЛП, ПЖ и уровня НУП в группе наблюдения и группе сравнения (r=0,41, p=0,0008 и r=0,27, p=0,037 соответственно).

При сравнении уровня НУП и срока родоразрешения у здоровых беременных и женщин с ВПС, выявлен отрицательный уровень регрессии (r=-0,32, p=0,009).

У беременных с ВПС чаще возникают осложнения беременности: фетоплацентарная недостаточность была отмечена в 58% случаев, у здоровых беременных - в 14% (p<0,005), преждевременные роды - в 23%, в группе сравнения - в 4,4% (p<0,025), задержка внутриутробного развития плода (ЗВУР) - в 29% случаев, у здоровых – в 8% случаев (p<0,05).

Выводы. Уровень НУП отражает напряжение адаптационно-компенсаторных механизмов кровообращения во время беременности, сопровождающейся пороками развития сердца. У беременных с ВПС, вследствие дезадаптации, чаще возникают осложнения беременности в виде фетоплацентарной недостаточности, гипотрофии плода (ЗВУР), антенатального дистресса и гипоксии плода.

0644 ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Начкина Э.И.
ГОУВПО «Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева», Саранск, Россия

Цель: изучение влияния сахарного диабета (СД) 2 типа на ремоделирование сердца у больных артериальной гипертонией (АГ).

Методы исследования: обследовано 60 больных АГ 3 степени и СД 2 типа (основная группа) и 60 больных АГ 3 степени без нарушения углеводного обмена (группа сравнения) в возрасте от 37 до 87 лет, находившихся на лечении в кардиологическом и эндокринологическом отделениях МУЗ «Городская клиническая больница №4» г. Саранска в 2006-2008 г.г. В основной группе больных 67% составляли женщины и 33% - мужчины; в группе сравнения - 53% пациентов были женского пола и 47% - мужского пола. Средняя длительность АГ в основной группе составила 19,17±0,05 года, в группе сравнения - 14,70±0,51 года. СД 2 типа у всех пациентов основной группы был выявлен на фоне длительно существующей АГ, средняя продолжительность СД составила 9,20±0,18 года. Всем больным проводили эхокардиографическое исследование и определяли относительную толщину стенок левого желудочка, массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ), индекс ММЛЖ (ИММЛЖ). Для выделения типов ремоделирования левого желудочка использовали классификацию Ganau A. et al. (1992 г.).

Результаты: при анализе данных эхокардиографического исследования было установлено, что частота выявления гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) достоверно выше в основной группе больных по сравнению с группой пациентов без СД 2 типа - соответственно у 60 и 44 пациентов, что составило 100% и 73,3%. При этом ММЛЖ и ИММЛЖ в группе сравнения составили 223,99±2,50 г и 121,39±1,50 г/м^2, в основной группе - соответственно 269,19±3,30 г и 142,82±0,69 г/м^2 (p<0,001).

Между сравниваемыми группами больных были обнаружены существенные различия в характере ремоделирования ЛЖ. У больных АГ концентрическая ГЛЖ имела место у 20% обследованных, эксцентрическая - у 46,7%, концентрическое ремоделирование - у 6,7%, нормальная геометрия ЛЖ - у 26,7% больных. При сочетании АГ и СД 2 типа наиболее часто выявлялась концентрическая ГЛЖ - в 53,3% случаев, эксцентрическая ГЛЖ была обнаружена у 43,3% больных, концентрическое ремоделирование ЛЖ - у 3,3% пациентов, больных с нормальным типом геометрии левого желудочка в данной группе выявлено не было.

Выводы: Проведенное исследование показало, что для больных АГ и СД 2 типа характерна большая частота развития ГЛЖ и формирование неблагоприятных вариантов ГЛЖ по сравнению с больными АГ без патологии углеводного обмена. В структуре геометрических моделей ЛЖ у больных АГ и СД 2 типа преобладают концентрическая и эксцентрическая ГЛЖ. Оба типа ремоделирования ЛЖ определяют высокий риск сердечно-сосудистых событий у большинства больных АГ и СД 2 типа, что предрасполагает к более раннему развитию сердечной недостаточности. Неблагоприятный прогноз у больных с сочетанием АГ и СД 2 типа обусловливает необходимость раннего назначения медикаментозной терапии.

0645 ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Невзорова В.А., Родионова Л.В., Потапова Е.С., Настрадин О.В.
Владивостокский ГМУ, Владивосток, Россия

Цель: выявить особенности острого коронарного синдрома (ОКС) у женщин молодого возраста по данным кардиологического отделения ГКБ №1 г.Владивостока.

Материалы и методы: проанализированы особенности клинического течения ИБС у 82 женщин в возрасте от 35 до 45 лет. Больные были разделены на 2 группы: 1-ая - 32 человека с нестабильной стенокардией; 2-ая – 50 человек с инфарктом миокарда.

Использовались клинические, лабораторно-инструментальные методы обследования больных, исследование уровня тревожности по шкале Стилберга, выявление депрессии по шкале Бека, определение уровня эстрадиола (Э2) в сыворотке крови с использованием стандартные тест – системы Elecsys фирмы «Берингер Маннхайм».

Результаты: обращает внимание, что у 1/3 женщин отмечалась поздняя госпитализация. Практически у всех молодых женщин были выявлены факторы риска, среди которых отмечалась АГ (92%), гиперхолестеринемия (76%), курение (43%), абдоминальный тип ожирения (54%), гиподинамия (96%), отягощенная наследственность (36%). У 35% женщин встречалась ранняя менопауза, что подтверждает, наряду с другими, патогенетическую роль этого фактора в развитии ИБС. В группе женщин с ранней менопаузой отмечена тенденция к снижению уровня Э2 в сыворотке крови.

Обращает внимание, что адекватная реакция на заболевание, была отмечена только у 22% молодых пациенток. У 74% больных были выявлены различные психопатологические реакции, среди которых 32% составили депрессии легкой и средней степени тяжести, 35% - тревожно-фобические реакции, 4% - истерические, которые утяжеляли течение заболевания.

Заключение: диагностика часто встречающихся психопатологических реакций у женщин, страдающих ИБС, требует своевременного их выявления с последующей коррекцией различными методами фармакотерапии и психотерапии с созданием школ коронарных больных.

0646 ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Нелидова А.В., Бунова С. С., Остапенко В.А.
ГОУ ВПО Омская государственная медицинская академия Росздрава, Омск, Россия

Цель исследования. Определить показатели дисфункции эндотелия у больных гипертонической болезнью, изменяющиеся в первую очередь.

Материал и методы. В проведенное исследование методом «лотерейной» рандомизации было включено 109 пациентов с гипертонической болезнью (ГБ), средний возраст 47,7±7,4 года, средняя длительность заболевания 11,1±9,4 года. Диагноз ГБ был поставлен согласно критериям ВОЗ и ВНОК, с обязательным исключением симптоматических артериальных гипертензий. В исследовании участвовали только больные ГБ I–II стадий, 1–3

групп риска. Всем пациентам проводилось определение уровня адгезивных молекул ICAM-1 и VCAM-1. Сосудодвигательную функцию эндотелия оценивали по методике Celermajer и соавт. Нормальной реакцией плечевой артерии условно принято считать ее расширение на фоне реактивной гиперемии на 10% и более от исходного диаметра. Меньшая степень вазодилатации или вазоконстрикция считается патологической реакцией. Дисфункция эндотелия верифицировалась при расширении сосуда на реактивную гиперемию достоверно меньше, чем на прием нитратов. Полученные данные представлены в виде M ± s, где M – это среднее значение, s – среднее квадратическое (стандартное) отклонение.

Результаты исследования. Показатели функции сосудистого эндотелия составили: эндотелий-зависимая вазодилатация в целом по всей группе больных ГБ – 10,8%; эндотелий-независимая вазодилатация – 18,9%. В результате проведенного исследования вазоматорной функции эндотеля у пациентов с ГБ I–II стадий, 1–3 групп риска выявлено увеличение уровня ICAM-1. Дисфункция эндотелия выявлена по результатам проведенной вазомоторной пробы – у больных ГБ расширение сосуда на реактивную гиперемию достоверно меньше, чем на прием нитратов. Уровень ICAM-1 у больных ГБ составил 332,5±115,9 ng/ml (норма 129,9–297,4 ng/ml); VCAM-1 – 160,9±117,4 ng/ml (норма 675–1693 ng/ml). Полученные результаты увеличение уровня ICAM-1 на фоне выявленной дисфункции эндотелия объясняется снижением вазопротективной функции оксида азота, что проявляется не только нарушением вазодилатации, но и повышением экспрессии адгезивной молекулы ICAM-1.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют, что у больных ГБ I–II стадий, 1–3 групп риска, в процессе формирования и поддержания ГБ играет роль двойственный характер развития дисфункции эндотелия, проявляющийся в снижении синтеза оксида азота и повышенной экспрессией ICAM-1. Диагностировать начальные изменения функции эндотелия у больных ГБ возможно путем проведения не только пробы с реактивной гиперемией, но и по средствам определения уровня ICAM-1.

0647 РОЛЬ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА В ФОРМИРОВАНИИ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Нелидова А.В., Бунова С. С., Остапенко В.А.
ГОУ ВПО Омская государственная медицинская академия Росздрава, Омск, Россия

Цель исследования. Определить влияние индекса массы тела на формирование дисфункции эндотелия у больных гипертонической болезнью.

Материал и методы. В проведенное исследование методом «лотерейной» рандомизации было включено 109 пациентов с гипертонической болезнью (ГБ), средний возраст 47,7±7,4 года, средняя длительность заболевания 11,1±9,4 года. Диагноз ГБ был поставлен согласно критериям ВОЗ и ВНОК, с обязательным исключением симптоматических артериальных гипертензий. В исследовании участвовали только больные ГБ I–II стадий, 1–3 групп риска. Всем пациентам проводилось определение уровня адгезивных молекул ICAM-1 и VCAM-1. Сосудодвигательную функцию эндотелия оценивали по методике Celermajer и соавт. Нормальной реакцией плечевой артерии условно принято считать ее расширение на фоне реактивной гиперемии на 10% и более от исходного диаметра. Дисфункция эндотелия верифицировалась при расширении сосуда на реактивную гиперемию достоверно меньше, чем на прием нитратов. В процессе статистической обработки данных применялись: описательная статистика, критерий Краскела-Уоллиса. Статистически значимыми принимали данные при α=0,05. Полученные данные представлены в виде M±s, где M – это среднее значение, s – среднее квадратическое (стандартное) отклонение.

Результаты исследования. Все пациенты были разделены на 3 группы: 1 группу составили пациенты с ГБ и нормальным весом (18,5≥ ИМТ< 25) в количестве 37 человека, средний возраст составил 48,1±5,2 лет; во 2 группу вошли 30 пациентов с ГБ и избыточным весом (25≥ИМТ< 30), средний возраст 47,4±8,5 лет; в 3 группу включены 61 пациентов с ГБ и ожирением (ИМТ≥30), средний возраст 48,1±7,3 лет. Уровень ICAM-1 в 1 группе составил 293,676±56,99 ng/ml (med. 295,500); во 2 группе – 292,100±90,5 ng/ml (med. 284,600); в 3 группе – 361,655±131,9 ng/ml (med. 341,850). При исследовании уровня VCAM-1 были получены следующие результаты: в 1 группе уровень VCAM-1 99,053±36,787 ng/ml, во 2 группе 121,410±50,921 ng/ml, в 3 группе 122,054±25,595 ng/ml. Показатели функции сосудистого эндотелия составили: эндотелий-зависимая вазодилатация в 1-ой группе составила – -2,6%; во 2-ой – 23,5%; в 3-й – 13,5%. Эндотелий-независимая вазодилатация в 1-й группе – 7,7%; во 2-й – 29,4%; в 3-й – 16,2%. В результате сравнительного анализа трех независимых групп с использованием критерия Краскела-Уоллиса статистически значимыми оказались различия только по уровню ICAM-1 (H=6,7; p=0,0352). По остальным исследуемым характеристикам различия в группах с учетом ИМТ не достоверны.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют, что с увеличением ИМТ формируются более глубокие изменения функции эндотелия, проявляющиеся повышенной экспрессией ICAM-1.

0648 ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ненашева Т.М.
ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет» Росздрава, Саратов, Россия

Цель исследования: выявить основные факторы, влияющие на продолжительность госпитализации и определить средние сроки стационарного лечения при артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы. Под наблюдением было 120 больных АГ: 60 мужчин (средний возраст 50,3±3,7 лет) и 60 женщин (средний возраст 50,4±4,1 лет). Вторичный генез гипертонии был исключен на основании проведенных клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Все больные разделены на 3 группы. 1 группу составили 35 пациентов с АГ без поражения органов мишеней, П – 67 человек с АГ и гипертрофией левого желудочка и Ш группу – 18 человек с наличием ассоциированных клинических состояний, кардиальными и церебральными осложнениями. Контрольная группа включала 20 пациентов (10 мужчин и 10 женщин в возрасте от 45 до 55 лет).

В результате проведенных исследований установлено следующее. Сроки пребывания больных в стационаре в 1 группе колебались от 7 до 14 дней, во П от 9 до 20 дней и в Ш от 17 до 26 дней . Средние сроки стационарного лечения в 1 группе составили 9,2±1,6 дней, во П группе 14,3±1,9 дня и в Ш группе 19,8±2,1 дня. Как показал проведенный анализ наибольшие колебания в сроках лечения больных были во П группе. Допплер-эхокардиографическое исследование у всех больных 2 группы определяло различную степень гипертрофии и нарушения диастолической функции левого желудочка. Корреляционный анализ установил прямую зависимость выраженности нарушений диастолической дисфункции левого желудочка и длительности пребывания больных в стационаре: так с нарастанием нарушений диастолической дисфункции левого желудочка сроки лечения удлинялись. Наличие ассоциированных клинических состояний достоверно удлиняет сроки стационарного лечения. Развитие сердечной недостаточности при АГ также сопровождается увеличением сроков лечения пациентов. При снижении фракции выброса продолжительность стационарного лечения увеличивается. Частота ассоциированных клинических состояний нарастает при прогрессировании диастолической дисфункции.

Выводы. Сроки стационарного лечения при артериальной гипертензии зависят от степени выраженности диастолической дисфункции левого желудочка, уровня фракции выброса, наличия признаков недостаточности кровообращения и ассоциированных клинических состояний.

0649 ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И КАРДИАЛГИИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

Никифорова О.В.
ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург, Россия

Цель: Изучить особенности кардиалгии и ишемической болезни сердца у женщин работоспособного возраста, работающих в сфере обработки информации и выявить корреляционные связи в основных показателях клиники, эрготропных функций сердца и коронарного кровотока.

Методы: объектом исследования явились 15 женщин работоспособного возраста (30-55лет), с проявлениями ишемической болезни сердца и кардиалгии, с сохраненной менструальной функцией, без эндокринной патологии. Методами распознавания функционального состояния и резервных возможностей коронарной системы явились велоэргометрические пробы (ВЭП), холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ), вариабельность сердечного ритма, коронароангиография (КАГ), липидный спектр. Также проведено исследование качества жизни у данной категории пациентов.

Результаты: В ходе исследования было установлено, что болевой синдром у 9 человек (64,3%) носил атипичный характер, у 6 (35,7%) типичный для ишемической болезни сердца.

Всем пациенткам проведены ВЭП и 24 часовое ХМ ЭКГ. У 42,8% (6 чел) ВЭП отрицательная, у 7,15% положительная, у 3 пациенток - сомнительная.

ХМ ЭКГ выявило достоверное смещение сегмента ST у 14,3%; у 85% гемодинамически значимого изменения сегмента ST не зарегистрировано.

Патологические нарушения ритма при проведении ВЭП и ХМ не выявлены.

У 43% пациенток проведена КАГ; 83% из них не имели патологию коронарных артерий.

У 3 пациенток, имеющих характерный для ишемической болезни сердца болевой синдром, коронарное русло было без патологии.

У 5 пациенток без патологии коронарных артерий 40% показатели ВЭП были отрицательные, у 40% сомнительные, у 1 пациентки пробу пришлось прервать из-за усталости. У пациентки с типичной клиникой ИБС и положительной ВЭМ пробе при КАГ обнаружен гемодинамически незначимый диффузный стеноз в ПНА.

Выводы: У женщин работоспособного возраста, занятых переработкой информации, с диагнозом кардиалгии подтверждение нарушения коронарного кровотока регистрируется только в 7% случаев.

0650 ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

Никифоров В.С., Палагутин М.А., Свистов А.С.
Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия

Целью данного исследования было изучить функцию предсердий у больных гипертонической болезнью с пароксизмальной формой мерцательной аритмии.

Обследовано 56 мужчин в возрасте 48-76 лет больных гипертонической болезнью, разделенных на две сопоставимые по возрасту группы по 28 человек: имеющих и не имеющих пароксизмальную форму мерцательной аритмии. Хроническая сердечная недостаточность в обследуемой группе не превышала третий функциональный класс. В исследуемые группы не включались лица с воспалительными заболеваниями сердца, гемодинамически значимым поражением клапанного аппарата, патологией щитовидной железы. Контрольную группу составили 12 здоровых мужчин соответствующего возраста. Эхокардиография с тканевой допплерографией миокарда выполнялась с помощью эхокардиографического комплекса Vivid FIVE (GE Medical Systems) со специальной программой обработки изображений (EchoPAC) на фоне синусового ритма. Все анализируемые эхокардиографические показатели оценивались в нескольких кардиоциклах.

У большинства больных гипертонической болезнью (91%) на фоне гипертрофии и сохраненной систолической функции левого желудочка по данным допплеровского исследования трансмитрального кровотока выявлена диастолическая дисфункция. При проведении тканевой допплерографии нарушения сегментарной диастолической функции левого желудочка выявлены у всех обследуемых пациентов. Сегментарные диастолические нарушения проявлялись в виде снижения пиковых скоростей движения миокарда как в фазу раннего (Em), так и в фазу позднего наполнения (Am). Сопоставление параметров региональной диастолической функции по данным тканевой допплерографии и общей диастолической функции, оценивавшейся по трансмитральному кровотоку, позволило выявить тесные корреляционные связи. В обеих обследуемых группах больных гипертонической болезнью, по сравнению с контролем, отмечено увеличение размеров левого предсердия и снижение миокардиальных скоростей движения стенки левого предсердия, более выраженное у лиц с пароксизмальной формой мерцательной аритмии. Получены корреляционные связи диастолических скоростей движения левого предсердия и левого желудочка. У лиц с длительным анамнезом мерцательной аритмии отмечались признаки предсердной диссинхронии.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что у больных гипертонической болезнью имеется дисфункция левого предсердия, которую ухудшает наличие пароксизмальной формы мерцательной аритмии.

0651 ОСОБЕННОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С ВЫСОКИМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Никогосян К.Г., Гургенян С.В., Ватинян С.Х.
НИИ кардиологии, Ереван, Армения

Цель: Сравнительное изучение эффективности β1,2 и α1-адреноблокатора - карведилола и агониста имидазолиновых рецепторов – моксонидина на динамику ГЛЖ, ремоделирования сердца у женщин с артериальной гипертонией (АГ) в постменопаузальном периоде.

Методы: Обследованы 68 женщин мягкой и умеренной АГ без признаков застойной сердечной недостаточности в возрасте от 48 до 65 лет, с гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ)- индекс массы миокарда (ИММЛЖ) >110 г/м2. Эхокардиографическое и допплер-эхокардиографическое исследования проводились в контрольном периоде до назначения лечения и через 6 месяцев лечения. Определяли конечный диастолический размер (КДР), толщину задней стенки левого желудочка (ТЗС) и толщину межжелудочковой перегородки (ТМЖП) в диастолу и ИММЛЖ., отношение максимальных скоростей раннего и позднего кровенаполнения (Е/А), время изоволюмического расслабления (ВИВР), время замедления кровотока (ВЗ). Больные были распределены в 2 группы по 34 больных в каждой. Больным I группы назначался карведилол в дозе 12,5–25,0 мг 2 раза в день, больным II группы – моксонидин в дозе 0,4 мг 1 раз в день или по 0,2 мг 2 раза в день. В 9-ти (26,5%) случаях больным I группы и в 12-ти (35,3%) -больным II группы в связи с недостаточным гипотензивным эффектом добавляли гидрохлортиазид в дозе 12,5-25 мг в день.

Результаты: Снижение АД до целевого уровня <140/90 мм рт.ст. наблюдалось к концу 2-ой и начала 3-ей недели от начала лечения и сохранялось до конца всего периода наблюдения. В конце 6-ти месячного срока наблюдения регистрировалась достоверная регрессия ГЛЖ в I группе - у 31(91,2%) больных за счет достоверного уменьшения КДР и ТЗС, во II группе – у 30 (88,2%) больных за счет достоверного уменьшения ТЗС и ТМЖП.

К концу 6-ти месячного срока лечения отмечалась улучшение диастолической функции у всех больных I группы и у 30 (88,2%) больных II группы. Достоверное укорочение ВИВР и ВЗ от 140,0±6,20 до 120,2±5,34 мсек и от 183,3±7,45,34 мсек до

153,8±6,4 мсек соответственно, (p<0,05) обнаруживалось у больных I группы, и от 139,1±3,0 до 130,0±2,6 мсек и от 186,4±3,9 до 170,3±3,3 мсек соответственно, (p<0,05) - у больных II группы; отношение E/A в I группе увеличился до 1,21±0,03 (p<0,05), у больных II группы - с 0,95±0,04 до 1,18±0,03 (p<0,05).

Выводы: Таким образом, полученные нами результаты подтверждают данные крупномасштабных исследований, свидетельствующих о высокой антигипертензивной и кардиопротективной эффективности карведилола и моксонидина. Подтверждается способность этих препаратов, отличающихся друг от друга механизмами действия, вызывать регрессию ГЛЖ и ремоделирования сердца, улучшать процессы диастолического расслабления и кровенаполнения.

0652 АНАЛИЗ ОФОРМЛЕНИЯ ПОСМЕРТНОГО ДИАГНОЗА КАК ФАКТОРА, ФОРМИРУЮЩЕГО СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ (НА ПРИМЕРЕ Г.РЯЗАНИ)

Никулина Н.Н.
ГОУ ВПО РязГМУ им.акад. И.П.Павлова Росздрава, Рязань, Россия

Актуальность: высокая сердечно-сосудистая смертность (ССС) в Российской Федерации при низкой заболеваемости и смертности от острых форм ИБС требует детального изучения факторов, определяющих данные показатели.

Цель: проанализировать соответствие оформления посмертного диагноза инструкциям к МКБ-10 и российским нормативным актам.

Материал и методы: Анализировалось 546 Медицинского свидетельств о смерти (форма 106/у-98) на предмет соответствия оформления инструкциям. Для уточнения диагноза в каждом случае использовались данные амбулаторных карт, документов скорой медицинской помощи (в случае вызова), протоколов аутопсий (в случае проведения) и информация, полученная от родственников. Аутопсия была выполнена в 32% случаев, внегоспитальная смертность составила 83% в структуре общей смертности.

Результаты: проведенный анализ выявил несколько наиболее часто встречающихся ошибочных тенденций при оформлении Медицинского свидетельства о смерти:

1). В каждом втором случае в поликлинике посмертный диагноз указывается без соответствия рубрикам в разделе «Причина смерти», что приводит к кодированию по МКБ-10 и статистическому учету не основной причины смерти, а непосредственной (например, острой сердечно-сосудистой недостаточности, а не инфаркта миокарда).

2). В поликлиниках в 72% случаев регистрируется «неуточненные» посмертные диагнозы (шифр по МКБ-10.9), но в последующем патолого-анатомическое исследование не проводится.

3). В качестве основной причины смерти указываются групповые понятия, не имеющие собственного шифра, например, «ИБС», которая в последующем шифруется как «Хроническая ИБС неуточненная» (I25.9) (62% случаев ССС), что приводит к гиподиагностике конкретных нозологических форм ИБС (в том числе, инфаркта миокарда).

4). В качестве основной причины смерти указываются нозологии, которые были диагностированы ранее, но не явились причиной смертельного исхода: в 25-30% случаев посмертного диагноза «онкологическое заболевание» с учетом клинической картины, предшествовавшей смерти, данный диагноз требует уточнения.

5). Использование терминов, недопустимых в посмертном диагнозе. Например, «генерализованный и неуточненный атеросклероз» (I70.9) – 2% случаев ССС.

Выводы: Высокая внегоспитальная летальность (83%) и низкий уровень проведения аутопсий (32%) в г.Рязани приводят к тому, что в 58,5% случаев всех смертей посмертный диагноз устанавливается врачом поликлиники в условиях дефицита информации о клинической картине, предшествовавшей смерти и данных о патоморфологическом состоянии органов и системе умершего. 2) Выявленный высокий процент технических и методологических ошибок при оформлении посмертной документации является значимым ограничением в формировании адекватных эпидемиологических данных.

0653 ИБС В СТРУКТУРЕ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ 6-МЕСЯЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В Г.РЯЗАНИ)

Никулина Н.Н., Якушин С.С., Бойцов С.А., Лиферов Р.А., Кильдишева Е.В.
ГОУ ВПО РязГМУ им.акад. И.П.Павлова Росздрава, Рязань, Россия

Актуальность: высокая сердечно-сосудистая (СС) смертность в России требует анализа ее составляющих с целью определения приоритетных направлений работы практического здравоохранения.

Цель: проанализировать удельный вес и структуру внегоспитальной смертности в одном административном районе г.Рязани.

Материал и методы: исследование проведено в течение 6 месяцев на территории административного района г.Рязани с численностью населения 92 031 человек, Статистическая информация получена по данным Медицинских свидетельств о смерти (форма 106/у-98). Уточнение причины смерти проведено в результате анализа клинической картины накануне смерти (со слов родственников), документации скорой медицинской помощи (в случае ее вызова), амбулаторных карт умерших, протокола аутопсии (в случае проведения).

Результаты: За 6 месяцев среди изучаемой когорты умерло 546 человек старше 18 лет, что эквивалентно 1187 случаев смерти за год на 1000000 тысяч населения старше 18 лет. Доля мужчин составила 51,3% (средний возраст 64,5 года (95% ДИ 32,9-96,1)), женщин - 48,7% (средний возраст 75,7 года (95% ДИ 48,7-102,7 года)). 17% умерло в ЛПУ (доля вскрытых 45,2%), 83% - вне ЛПУ (доля вскрытых 29,3%). В группе в целом аутопсия проведена в 32,0% случаев. По данным формы 106/у-98 в структуре общей смертности 54% составили СС заболевания, 15% новообразования, 6% - травмы, смерть от внешних причин. Внегоспитальная смертность в группе в целом составила 83%, от сердечно-сосудистых причин – 86%, тогда как внегоспитальная смертность при острых формах ИБС составила 19%.

При анализе посмертной диагностики ИБС установлено, что в 89% всех случаев от ИБС в посмертном диагнозе указаны хронические формы ИБС: уточненные (I25.1-I25.2) – 34% и неуточненные (I25.9) – 55%, причем если острые формы ИБС (I21-I22, I24) в подавляющем большинстве случаев (81,3%) регистрируются в стационарах, то хронические формы практически во всех случаях (92,1%) – в поликлиниках без последующего проведения патолого-анатомического / судебно-медицинского исследования.

При уточнении причин смерти установлено, что среди умерших вне ЛПУ, которым диагноз хронической ИБС был поставлен без проведения аутопсии, в 22% случаев имела место клиника ОКС, в 17% случаев – была высоковероятна внезапная сердечная смерть, т.е в 39% случаев диагностированной в поликлиниках «хронической ИБС», можно предполагать острые формы ИБС. С учетом этих случаев удельный вес внегоспитальной смертности при острых формах ИБС возрастает с 19% до 87% случаев.

Выводы: 1) выявленная в г. Рязани высокая внегоспитальная смертность (83% от общей смертности и 86% - в структуре СС смертности) требует оптимизации оказания медицинской помощи на амбулаторном/догоспитальном этапе. 2)Предварительные данные позволяют предполагать гиподиагностику острых форм ИБС как причины смерти на догоспитальном этапе, что приводит к недооценке их значимости при распределении ресурсов практического здравоохранения.

0654 СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕТРЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА ПЛАЗМЫ КРОВИ

Нилова О.В.
Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия

Цель: изучить особенности циркадного ритма артериального давления (АД) у больных артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от уровня общего холестерина плазмы крови (ОХС). Материалы и методы: Обследовали 130 больных АГ I-II стадии, которые в зависимости от уровня ОХС разделены на 3 группы: 1-я (n=46) - с желательным (4,5±0,7 ммоль/л); 2-я (n=40) - с пограничным (5,9±1,2 ммоль/л); 3-я (n=44) - с высоким (7,2±0,8 ммоль/л) уровнем ОХС. Выполнялось суточное мониторирование АД (СМАД – монитор ВР – 3500) с расчетом среднего уровня систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД в дневное и ночное время, вариабельности систолического и диастолического АД (Вар САД, Вар ДАД) и суточного индекса СИ САД и СИ ДАД. Полученные результаты: в 1-й группе средний уровень САД составил 137±4,5 мм рт.ст., ДАД - 83±2,4 мм рт.ст.; ВАР САД днем - 14,2±2,4, ВАР ДАД днем - 10,4±3,2, ВАР САД ночью - 10,4±1,7, ВАР ДАД ночью - 9,2±1,2 мм рт.ст., что свидетельствовало о повышенно-нормальном уровне АД. В структуре САД преобладали дипперы - у 39% и нондипперы - у 43,5%, а овердипперы и найтпикеры встречались реже, соответственно у 8,7% и у 8,7% обследованных. По ДАД выявлялись только дипперы, нондипперы и овердипперы, частота которых соответственно составила 43,5%, 34,7%, 21,7%. Во 2-й группе средний уровень САД составил 115±2,6 мм рт. ст., ДАД- 77±3,3 мм рт.ст.; ВАР САД днем - 15,26±2,9, ВАР ДАД днем - 11±0,2, ВАР САД ночью - 14,6±1,7, ВАР ДАД ночью - 10,6±1,2, что соответствовало повышенно нормальному уровню АД. Суточный профиль АД, по сравнению с пациентами 1-й группы, характеризовался более выраженным нарушением вариабельности САД в дневные часы, а также САД и ДАД в ночное время суток. Так, в структуре суточного профиля САД чаще регистрировались нондипперы (62,5%) и найтпикеры (19%) , а дипперы и овердипперы встречались реже (соответственно 12,5% и 6,2%). В структуре ДАД, по сравнению с предыдущей группой, найтпикеры регистрировались чаще (18,7%), что свидетельствовало о дополнительной нагрузке на органы-мишени. Дипперы, нондипперы и овердипперы встречались реже соответственно у 31,5%, у 31,5%, у 19% больных. В 3-й группе средний уровень САД составил 121±9,0 мм рт.ст., ДАД- 96±4,6 мм рт.ст., что соответствовало АГ 1 степени. ВАР САД днем - 15,7±2,4, ВАР ДАД днем - 11,3±1,54, ВАР САД ночью - 12,0±2,04, ВАР ДАД ночью - 6,9±1,51, что свидетельствует о нарушении вариабельности АД как в дневные, так и ночные часы. В структуре суточного профиля САД и ДАД дипперы составили 47,6%, нондипперы – 52,4%, овердипперы и найтпикеры не регистрировались, что отражало недостаточную степень ночного снижения САД и ДАД. Выводы: у больных АГ с увеличением уровня ОХС плазмы крови от желательного к высокому имеется нарастание уровня АД, а также выраженное нарушение вариабельности в течение суток, что свидетельствует о дополнительной нагрузке на органы-мишени.

0655 СВЯЗЬ РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЕЙ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ С КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Нилова С.А.
ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава, Тверь, Россия

Цель. Изучить клинико-функциональные особенности эссенциальной артериальной гипертонии (АГ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), потребляющих различное количество поваренной соли (ПС).

Материалы и методы. Обследованы 210 больных ИБС с АГ (мужчин – 112 и женщин – 98, средний возраст 57±4г.) без признаков застойной сердечной недостаточности. У них изучался порог вкусовой чувствительности к ПС (ПВЧПС), суточная экскреция ионов натрия с мочой (СЭИНМ), проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД), эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование сердца, изучалось качество жизни (КЖ) пациентов по методике SF-36. Низкий ПВЧПС (менее 0,16% раствора NaCl) имелся у 23% (48) больных, средний (0,16%) у 24% (50), высокий (более 0,16%) у 53% (112). В настоящем исследовании проведено сравнение двух групп больных: 1-я группа – лица с низким ПВЧПС, 2-я – с высоким.

Результаты. СЭИНМ у пациентов 1-й группы составила - 152±8,0 Мм/сут, 2-й - 274±8,7 Мм/сут, ($p<0,01$). При пересчете на ПС оказалось, что больные потребляли в среднем соответственно 9 и 16 г. На головные боли жаловались 15% пациентов 1-й группы и 52% - 2-й ($p<0,01$). У больных 1-й группы боли в области сердца и за грудиной встретились в 27%, а у 2-й в 84% ($p<0,01$) случаев, стенокардия напряжения I – III функциональных классов соответственно в 19% и 72% случаев ($p<0,01$). Курящих среди лиц 1-й группы было 23%, а 2-й - 74% ($p<0,01$). Отягощенная наследственность чаще встретилась у лиц 2-й группы, чем у 1-й (соответственно в 64% и 25%; $p<0,01$). У больных 2-й группы тяжелее клинически протекала АГ, заболевание развивалось на 7 лет раньше, чем у 1-й. Так же у пациентов с высоким ПВЧПС инфаркт миокарда развивался на 6 лет раньше, чем с низким. По данным СМАД, у всех больных ИБС с АГ 2-й группы АД на протяжении суток было выше, чем у 1-й группы. В процентном соотношении большая часть дипперов была сосредоточена в 1-й группе больных ($p<0,05$). Напротив, доля недипперов среди лиц 2-й группы почти в 3 раза была выше, чем среди 1-й. При этом овердипперы выявлялись только в 1-й группе больных, тогда как найтпиккеры только во 2-й. По данным ЭхоКГ оказалось, что масса миокарда левого желудочка (ЛЖ) ($p<0,05$), толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки ЛЖ были существенно больше у пациентов с высоким ПВЧПС, чем с низким. Фракция выброса у больных 2-й группы была достоверно меньше, чем у 1-й ($p<0,05$). Практически у всех лиц 2-й группы имелась диастолическая дисфункция ЛЖ. Исследование КЖ показало, что у больных 2-й группы по сравнению с 1-й все показатели были ниже. В наибольшей степени были снижены показатели физического здоровья (ФФ, РФФ, Б, ОЗ). Так, физическое функционирование (ФФ) было снижено на 35,6%, показатель ролевого физического функционирования (РФФ) на 65%, показатель боли (Б) на 45%, общее здоровье (ОЗ) – на 36% (все $p<0,05$). Среди показателей КЖ, характеризующих психологическое здоровье (ПЗ, Ж, СФ, РЭФ), в большей степени были снижены ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ) – на 54% ($p<0,05$), и жизнеспособность (Ж) – на 38% ($p<0,05$). Показатель социального функционирования (СФ), являясь самым высоким среди всех параметров КЖ в группе больных с высоким ПВЧПС (46,0 балла), тем не менее, был на 20,7% хуже, чем у пациентов с низким ПВЧПС ($p>0,05$).

Выводы. 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. Таким образом, повышенное потребление ПС с пищей является важным и независимым фактором прогрессирования заболевания у больных ИБС с АГ - это необходимо учитывать при проведении лечебно-профилактических мероприятий.

0656 ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВРЕМЕННОГО И СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Нохрина О.Ю., Тодосийчук В.В., Кузнецов В.А., Миронова Т.Ф.
Филиал ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия; Челябинская государственная медицинская академия, Челябинск, Россия

Цель работы. Оценка вариабельности сердечного ритма (ВСР) методом компьютерной ритмокардиографии высокого разрешения (РКГ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) со стенокардией напряжения (СН).

Материалы и методы. В исследование было включено 20 мужчин (55,1±1,8 года), с ангиографически доказанной ИБС. Контрольную группу составили 20 практически здоровых мужчин (51,4±0,7 года). Временной и спектральный анализ ВСР проводился автоматизированно с точностью до 0,001 с на комплексе КАП РГ-01-«Микор» на коротких (300 кардиоциклов) временных интервалах РКГ в горизонтальном положении. Оценивали временные показатели: продолжительность среднего межсистолического интервала RR(NN), отражающего ЧСС; σRR(SDNN), pNN50, RMSSD, среднеквадратические σl, σm, σs (VLF, LF, HF) и спектральные показатели: общую мощность спектра (TP), мощность в диапазоне очень низких (VLF), низких (LF), высоких (HF) частот, относительные величины σl%, σm%, σs% (соответствуют VLF%, LF%, HF%), характеризующие степень гуморально-метаболических, симпатических и парасимпатических влияний на пейсмекеры синусового узла (СУ), а также мощность LF и HF в нормализованных единицах с соотношением LF/HF.

Результаты. При сопоставлении данных ВСР, у больных со СН по сравнению со здоровыми лицами, были достоверно ниже показатели RR(NN) (на 23,44%, p<0,001), sRR(SDNN) (на 63,34%, p<0,001), PNN50 (на 22,46%, p<0,001), RMSSD (на 82,90%, p<0,001). Отмечено снижение амплитуд всех волн –σl, σm, σs (на 43,11; 64,39 и 98,03%, p<0,001, соответственно), характеризующих гуморально-метаболические, симпатические и парасимпатические влияния в СУ. Общая мощность спектра (ТР) была ниже на 85,97%, чем в группе контроля (p<0,001), за счет снижения величин всех частотных составляющих (VLF, LF, HF), преимущественно HF (на 96,50% ниже контрольных значений). В соотношении вкладов колебаний интервалов в спектральную общую мощность наибольшая доля принадлежала очень низкочастотной периодике – σl%> σm%≥ σs%. Спектральная доля σl% была в 1,5 раза выше, σs% в 2,5 раза ниже, чем в группе контроля (p<0,001). Показатель вегетативного баланса (LF/HF) был достоверно выше (2,40±0,47 против 0,66±0,16, p=0,001) у больных со СН.

Выводы. У больных ИБС со СН по сравнению со здоровыми лицами выявлены изменения периферической вегетативной регуляции пейсмекерной активности СУ в виде снижения общей ВСР, основных временных и спектральных показателей (в наибольшей степени снижение амплитуды высокочастотных волн - σs, а также снижение мощности в диапазоне высоких частот (HF) в абсолютных, относительных и нормализованных величинах), что свидетельствует об угнетении рефлекторного парасимпатического влияния на СР и перераспределение регулирующих факторов в сторону превалирующих гуморально-метаболических влияний.

0657 ПРОГНОЗ ТЕЧЕНИЯ НЕКОТОРЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА ТАШКЕНТА И ОБЛАСТЕЙ РЕСПУБЛИКИ

Нуриллаева Н.М.
ТМА, Ташкент, Узбекистан

Цель: оценить параметры ухудшения состояния больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и ее сочетании с гипертонической болезнью (ГБ) путем изучения частоты возникновения осложнений, потери трудоспособности и смерти по заболеванию.

Методы исследования: 79 врачей общей практики (ВОП) города Ташкента и областей Республики должны были указать количество больных с ИБС и ее сочетании с ГБ на своем амбулаторном участке, случаи развития осложнения при них, потери трудоспособности и смерти за 1 год.

Результаты: при изучении полученных данных больные ИБС составили 1744 человека (52,5%) – 1 группа, а в сочетании ИБС с ГБ – 1580 пациентов (47,5%) – 2 группа. Случаи потери трудоспособности по заболеванию в 1 и во 2 группе составили 348 (20%) и 300 (19%) пациентов соответственно. Так как, в большинстве случаев частым осложнением данных заболеваний является недостаточность кровообращения (НК), возникла необходимость выявления ее у данной категории больных – это 743 человека (22,4%). Высокая частота случаев нетрудоспособности ввиду развития осложнений при ИБС и ГБ впоследствии приводит к повышению числа смертельного исхода, соответственно, случаи смерти от ИБС, ИБС с ГБ и НК составили 266 (15,3%), 302 (19,1%) и 160 больных (21,5%). На наш взгляд, суммарный процент данных показателей не может остаться без внимания врачей первичного звена здравоохранения.

Вывод: таким образом, оценка параметров ухудшения состояния больных предполагает неблагоприятный прогноз течения вышеуказанных заболеваний. Поэтому, возникает необходимость в снижении причин инвалидности и смерти от ИБС, ГБ и НК путем повышения знаний ВОП в плане проведения комплекса профилактических мероприятий в условиях первичного звена здравоохранения и оказания квалифицированной терапевтической помощи пациентам с позиций доказательной медицины.

0658 ВЛИЯНИЕ БЕТА-БЛОКАТОРОВ НА УРОВЕНЬ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ ПРИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Нурмамедова Г.С., Мустафаев И.И., Мамедова Р.Н.
АзГИУв им. А.Алиева, кафедра внутренних болезней, Баку, Азербайджан

Цель: Было изучено состояние гормонов гипофизарно-гонадной системы (ГГС) у мужчин с артериальной гипертонией (АГ) при монотерапии пропранололом (П), надололом (Н), небивололом (Нб) и бисопрололом (Б).

Методы: Мужчины с АГ I-II степени (по класс. ВОЗ 1999г) в возрасте 30-59 лет (в среднем 49,04±3,25 лет) после 4-х недельного плацебо периода были рандомизированы на 4 группы по 25 человек в каждой. Суточная доза препаратов составила: П – 80-240 мг, Н – 40-240 мг, Нб и Б - 5-10 мг. Больным после плацебо периода и через 2 месяца монотерапии радиоиммунологическим методом определяли концентрации тестостерона (Т), пролактина (ПРЛ), эстрадиола (Э2), лютеинизирующего (ЛГ) и фолликулостимулирующего (ФСГ) гормонов.

Результаты: «Традиционные» неселективные ББ – П и Н статистически достоверно снижали концентрацию Т (соот.:17,2% и 24%; p<0,05), тогда как современные ББ – Нб и Б значительно повышают уровень Т (соот.: 101,8% и 79,5%; p<0,001). Монотерапия П и Н приводит к повышению уровня Э2 (соот.: 29,2% и 18,8%; p<0,05), что в свою очередь вызывает повышение коэффициента Э2/Т (p<0,01), способствуя гиперэстерогенизации гормонального фона. При монотерапии Нб и Б концентрация Э2 в плазме крови статистически снижается (соот.: 15,7% и 18,9%; p<0,001), что способствует статистически значимому повышению коэффициента Э2/Т. Это безусловно является позитивным моментом (p<0,01). Все изучаемые ББ статистически достоверно повышали в плазме крови уровни ПРЛ (П-14,0%; p<0,05, Н-21,2%; p<0,05, Нб-69,2%; p<0,001, Б-50,9%; p<0,001) и ЛГ (П-21,8%; p<0,05, Н-9,4%; p>0,05, Нб-4,4%; p>0,05, Б-37,1%; p<0,05) и снижали концентрацию ФСГ (П-4,2%; p>0,05, Н-16,2%; p<0,05, Нб-55,7%; p<0,001, Б-39,5%; p<0,001). Корреляционный анализ выявил неоднозначность наблюдаемых изменений гормонов ГГС у каждого конкретного больного в зависимости от их исходного значения. Так, между исходными значениями изучаемых гормонов и изменениями их содержания в процессе лечения П обнаружена обратная связь, т.е. чем ниже базальный уровень ПРЛ и Э2 (соот.: r=-0,61; p<0,05 и r=-0,94; p<0,01), тем больше увеличивается их концентрация, или, чем больше исходное содержание Т, ЛГ, (соот.: r=0,70; p<0,01, r=0,77; p<0,01). тем больше снижается их уровень в условиях монотерапии П. Такая же зависимость выявлена только в отношении ЛГ, ФСГ, Т в условиях лечения Н (соот.: r=-0,56; p<0,01, r=-67; p<0,01,r=-0,72; p<0,001). Нами обнаружена дозозависимость гиперпролактинемического

действия Н. Чем больше суточная доза Н, тем больше повышается уровень ПРЛ плазмы крови (r=0,49; p<0,05). Дозозависимый эффект монотерапии П установлен и в динамике Т и ФСГ (соот.: r=-0,79; p<0,01, r=0,68; p<0,01). В то же время изменения ФСГ плазмы при лечении надололом достоверно обратно зависели от давности АГ (r=0,62; p<0,01). Снижение уровня Т плазмы при лечения П более выражено у лиц молодого возраста (r=0,71; p<0,05).

Выводы: Гормональный фон мужчин с АГ при терапии современными ББ (Нб и Б) более предпочтителен, чем при лечении «традиционными» П и Н, поскольку первые вызывают повышение концентрации Т и снижают уровень Э2.

0659 СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ

Овсянникова Е.М.
ГОУ ДПО РМАПО Росздрава , кафедра педиатрии, Москва, Россия

Бронхообструктивный синдром (БОС) инфекционного генеза у детей в большинстве случаев имеет вирусную или вирусно-бактериальную этиологию и сопровождается выраженной в той или иной степени гипоксией, которая рассматривается как фактор, оказывающий отрицательное воздействие на сердечно-сосудистую систему (ССС) особенно в периоде новорожденности [Прахов А.В. 2001, Катлукова Н.П 2004, Шибаев А.Н. 2006]. Для диагностики гипоксического поражения миокарда в острый период БОС кроме ЭКГ, ЭхоКГ, исследуется активность кардиоспецифических ферментов креатинфосфокиназы (МВ-КФК), лактатдегирдрогеназы (ЛДГ), содержание миоглобина, кардиотропонинов Т и J. Одним из информативных показателей повреждения кардиомиоцитов является тропонин, который повышается в условиях длительной гипоксии при изменении проницаемости мембран миоцитов, опережая деструкцию клеток [Naeye R.L. 1984]. В связи с малой выраженностью клинических симптомов гипоксического поражения миокарда при БОС у детей своевременная его диагностика часто затруднена. Наиболее значимым биохимическим маркером ишемии и некроза миоцитов является определение компонентов тропонинового комплекса.

Цель проводимого исследования: Установить значение определения тропонина Т в диагностике поражения миокарда при обструктивном бронхите у детей.

Методы исследования: Исследовано 50 детей раннего возраста (от 8 мес до 1,5 лет), у 30 из них, БОС протекал с развитием инфекционно-токсической кардиомиопатии (ИТК) (основная группа), 20 больных составили группу сравнения, у которых БОС протекал без ИТК. Исследование тропонина Т в крови осуществлялось на анализаторе с помощью стандартного набора реактивов (CARDIAC control TROPONIN T, (Германия)), наряду с этим определялась сатурация кислорода в сыворотке крови (на аппарате Terumo CVS (Франция)), а также инструментальное обследование (ЭКГ).

Результаты: Оценка концентрации тропонина Т в крови свидетельствует о том, что у 47% пациентов основной группы, при сатурации кислорода от 82 до 87% (при норме 95-99%), уровень тропонина Т составлял от 0,02 до 0,2 нг/мл, что является свидетельством ишемического повреждения кардиомиоцитов [Катлукова Н.П. 2004, Гнусаев Т.Ф. 2006]. По нашим данным уровень тропонина Т в крови имеет достоверно значимую обратную связь с показателями сатурации кислорода (r=-0,60, при p=0,02). Повышение в крови тропонина Т сопровождается у 80% больных основной группы нарушениями ритма и проводимости по данным ЭКГ, в группе сравнения эти изменения были в 4 раза реже.

Выводы: Установлено, что у детей при тяжелой гипоксии, вызванной острым БОС вирусной этиологии, характерно повышение в сыворотке крови содержания кардиоспецифического тропонина Т, что сопровождается нарушением ритма и проводимости.

0660 ВЛИЯНИЕ АТОРВАСТАТИНА НА ЭЛАСТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА СОСУДОВ, ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ, МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ И УРОВЕНЬ N–КОНЦЕВОГО ПРЕДШЕСТВЕННИКА МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Озова Е.М, Киякбаев Г.К., Левчук Н.Н., Кобалава Ж.Д., Моисеев В.С.
РУДН, Москва, Россия

Цель: изучить динамику маркеров воспаления, показателей эластических свойств магистральных артерий, эхокардиографических параметров, уровня N–концевого предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) у пациентов с ишемической хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и низкой фракцией выброса (ФВ) на фоне терапии аторвастатином.

Метод: обследовано 74 пациента (17 женщин) с ХСН ишемической этиологии (NYHA класс II-IV) и низкой ФВ (средний возраст - 64,9±8,7), поступивших в стационар по поводу декомпенсации ХСН. Больные включались в исследование через 2 недели после стабилизации состояния и получали стандартную терапию ХСН. Методом случайного выбора аторвастатин был назначен 30 больным в суточной дозе 10 мг. Продолжительность наблюдения составила 3 месяца. Обе группы (с аторвастатином и без) были сопоставимы по основным клинико-демографическим показателям. Определялись сывороточные уровни маркеров воспаления – интерлейкина-6 (ИЛ-6), интерлейкина-1β (ИЛ-1β), фактора некроза опухоли – α (ФНО - α), С-реактивного белка (СРБ), липидов крови и NT-proBNP. Для оценки сосудов использовался аппарат для скринингового исследования сосудистой системы VS-1000 и следующие показатели: плече-лодыжечная, каротидно-феморальная, каротидная скорости пульсовой волны (СПВпл, СПВкф, СПВк), сердечно-лодыжечный сосудистый индекс (СЛСИ), лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ). Конечно-диастолический и конечно-систолический размеры (КДР и КСР), ФВ определяли двухмерной эхокардиографией. Анализ данных проводился с помощью параметрических и непараметрических методов статистики (тест Вилкоксона).

Результаты: через 3 месяца в группе аторвастатина отмечено достоверное снижение уровня общего холестерина (с 5,58±1,19 до 4,19±0,91 [M±SD], ммоль/л, p<0,01), триглицеридов (с 1,63±1,04 до 1,33±0,69 ммоль/л, p<0,05) и СРБ (с 1,23±1,1 до 0,86±0,9 мг/дл, p=0,04). Кроме того, наблюдалось снижение уровней ИЛ-1β и ФНО- α на 21% (p=0,046) и 19% (p=0,04) соответственно. Терапия аторвастатином ассоциировалась с тенденцией к улучшению эластических свойств сосудов (СПВкф снизилась с 8,1±2,56 до 7,6±2,49 м/с, p=0,06; СПВк – с 0,54±0,28 до 0,45±0,29 м/с, p=0,09; СЛСИ – с 8,05±2,0 до 7,56±1,57, p=0,08, тогда как СПВпл и ЛПИ значимо не менялись), увеличению ФВ (с 34,7±4,9 до 35,7±5,3 %, p=0,07) и уменьшению уровня NT-proBNP на 19,7% (p=0,06). В контрольной группе значимой динамики изучавшихся показателей не получено.

Выводы: терапия аторвастатином у больных с ХСН ишемической этиологии и низкой ФВ ассоциируется со снижением уровня липидов и воспалительных маркеров и тенденцией к снижению уровня NT-proBNP, улучшению гемодинамических параметров и показателей жесткости сосудов эластического типа, какими являются аорта и сонные артерии.

0661 СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В АССОЦИАЦИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Оконечникова Н.С., Орлова И.М., Гладовская О.М., Болотнова Т.В.
ГОУ ВПО ТюмГМА, Тюмень, Россия

Цель: Изучить показатели суточного мониторирования артериального давления (СМАД) у пожилых больных АГ и ишемической болезнью сердца (ИБС) в ассоциации с СД 2 типа.

Методы: Нами проведено комплексное обследование 21 пациента с АГ и ИБС в ассоциации с СД 2 типа, из них 11 человек пожилого и 10 человек зрелого возраста (средний возраст – 69,7±5,1 лет и 54,7±1,2 лет соответственно). Группу сравнения составили 24 пациента с АГ и ИБС, из которых 10 пациентов пожилого и 14 пациентов зрелого возраста (средний возраст – 66,1±5,0 лет и 52,7±4,2 лет соответственно). СМАД проводили в течение 24 часов, на «чистом» фоне. Оценивали средние значения АД, индекс времени (ИВ), суточный индекс (СИ) САД и ДАД.

Результаты: Проведенные исследования показали, что в группе пациентов пожилого возраста с ассоциированной патологией чаще выявлялась АГ II и III степени (54,6% и 36,4% соответственно), при этом в группе пациентов без СД 2 типа отмечалась меньшая встречаемость АГ II и III степени (50% и 30% соответственно).

При анализе средних показателей СМАД было установлено, что у пожилых больных с ассоциированной патологией регистрировались более высокие показатели средненочного и среднедневного САД (144,3±8,6 и 142,0±1,4 мм рт.ст. соответственно) и ДАД (87,3±0,6 и 81,0±3,0 мм рт.ст. соответственно) в сравнении с группой пожилых больных без СД 2 типа. Кроме того, в группе пожилых и зрелых больных с ассоциированной патологией выявлено повышение среднедневного пульсового АД (ПАД) (57,0±9,2 и 57,7±8,4 мм рт.ст. соответственно) и средненочного ПАД (53,3±16,1 и 59,3±1,2 мм рт.ст. соответственно) по отношению к группе больных с АГ и ИБС без СД 2 типа. При этом в группе пожилых больных с ассоциированной патологией преобладает повышение ПАД в дневные часы, а в группе зрелых больных с ассоциированной патологией преобладает повышение ПАД в ночные часы. У пожилых и зрелых больных с ассоциированной патологией выявлены более высокие ИВ САД в дневные (65,1% и 77,3% соответственно) и ночные часы (77,3% и 99,7% соответственно) в сравнении с группой сравнения. Анализируя суточный профиль АД у больных ассоциированной патологией, установили преобладание нарушенного суточного ритма с недостаточным ночным снижением САД и ДАД у больных пожилого возраста («non-dipper»-тип), в сравнении с группой больных зрелого возраста с ассоциированной патологией. В тоже время было выявлено избыточное повышение САД и ДАД в ночное время («night-peaker»-тип) у больных АГ и ИБС в ассоциации с СД 2 типа зрелого возраста.

Выводы: Систоло-диастолическая артериальная гипертензия у больных пожилого возраста с ассоциированной патологией характеризуется высокими цифрами средненочного и среднедневного САД и ДАД, преобладанием повышения ПАД в дневные часы, высоким ИВ САД и ДАД в ночные часы, преобладанием «non-dipper»-типа суточного профиля САД и ДАД у больных пожилого возраста с ассоциированной патологией.

0662 РЕГИСТР ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В ТОМСКЕ. ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗА 1984-2006гг.

Округин С.А., Зяблов Ю.И., Гарганеева А.А.
ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования: Проанализировать уровень заболеваемости острым инфарктом миокарда (ОИМ) среди постоянного населения города Томска старше 20 лет в динамике за период с 1984 по 2006 год.

Материал и методы: Исследование проводилось в рамках программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда» действующей в городе с 1984 года с использованием соответствующей методики и диагностических критериев. За анализируемый период было зарегистрировано 21514 случаев заболевания ОИМ, в том числе 13861 (64,4%) «определенным» и 7653 (35,6%) – «возможным». Среди больных мужчины составили 13066 (60,7%), женщины – 8448 (39,3%). В большинстве случаев (78,5%) ОИМ проявлялся классическим ангинозным статусом, в 21,5% случаях клиника заболевания была атипичной. В возрастной структуре больных, в течение всего срока наблюдения, преобладали лица старше 60 лет (54,6–69,0%).

Результаты исследования: В первые 3 года исследования уровень заболеваемости ОИМ вырос с 2,18 до 2,69 ($P<0,05$) случая на 1000 жителей (у мужчин – с 2,92 до 3,63, $P<0,05$, у женщин – с 1,56 до 1,85, $P<0,05$). В отдельных возрастных группах рост данного показателя отмечен только среди жителей старше 60 лет (как в целом, так у мужчин и у женщин). В последующие годы уровень заболеваемости статистически достоверно не менялся ни среди населения в целом, ни в отдельных возрастных группах. В последние два года отмечено снижение данного показателя по отношению к предыдущему году как в целом (с 2,73 до 2,46 и 2,45 соответственно), так у мужчин (с 3,71 до 3,34 и 3,35) и у женщин (с 1,93 до 1,74 и 1,73) ($P<0,05$). Снижение заболеваемости выявлено во всех возрастных группах, за исключением мужчин в возрасте 40-49 лет, где изменения данного показателя были незначительны и недостоверны. Сокращение заболеваемости произошло за счет первичных случаев, тогда как уровень заболеваемости повторным ОИМ (повторным считался инфаркт миокарда, развившийся в течение 12 месяцев после предыдущего) за последние два года вырос (с 0,22 до 0,26). Следует отметить, что не только за анализируемый период времени, но и за все время работы регистра, уровень заболеваемости ОИМ в молодых возрастных группах не только не увеличился, но и имел тенденцию к снижению.

Заключение: Таким образом, после длительного периода стабильно высокого уровня заболеваемости и смертности от ОИМ в Томске наметилась тенденция к снижению данных показателей. Сохранится данная тенденция в дальнейшем или нет сказать сложно. Тем не менее, к числу возможных причин способствующих снижению уровня заболеваемости ОИМ можно отнести постоянную санитарную пропаганду, появление и использование для лечения сердечнососудистых заболеваний эффективных лекарственных средств и желание активно и правильно лечиться у лиц потенциально угрожаемых в плане развития ОИМ. К особенностям эпидемиологии ОИМ в Томске следует отнести отсутствие тенденции к «омоложению» данного заболевания.

0663 ОСНОВНЫЕ МАРКЕРЫ ЖЁСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ С АГ 1-2 СТЕПЕНИ

Олейников В.Э., Борисова Н.А., Гусаковская Л.И., Ястребова Е.И.
Медицинский институт ПГУ, Пенза, Россия

Цель: провести сравнительный анализ корреляционных взаимосвязей показателей скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) по артериям эластического и мышечного типа и показателей времени распространения пульсовой волны (ВРПВ) у лиц старше 60 лет с артериальной гипертонией (АГ) 1 и 2 степени.

Материалы и методы: всего обследован 21 человек (16 женщин и 5 мужчин) , в возрасте старше 60 лет. Жёсткость артерий оценивали методом объёмной сфигмографии прибором VaSera-1000 («Fukuda Denshi», Япония). Определяли следующие показатели: СРПВ по артериям эластического типа справа и слева (R/L-PWV) и по артериям мышечного типа (B-PWV), а также сердечно-лодыжечный сосудистый индекс(CAVI-1 и L-CAVI). Индекс CAVI позволяет оценить истинную жесткость артерий, минимизируя влияние АД на сосудистую ригидность. Кроме этого податливость сосудистой стенки оценивали по данным бифункционального суточного мониторирования АД и ЭКГ портативным прибором «BpLab» («Петр Телегин», Россия). Определяли время распространения пульсовой волны (PTT), т.е. время с момента открытия аортального клапана (от максимума зубца R на ЭКГ) до заметного начала пульсовой волны на сфигмограмме. Показатель dP/dT отражает максимальную скорость нарастания АД. Данные вычисляются автоматически и характеризуют податливость артерий, а также степень их атеросклеротического поражения. Измерения проводили через 2 недели после отмены антигипертензивной терапии.

Результаты: в ходе наблюдения была выявлена достоверная корреляция между PTT и уровнем САД и ДАД (R=0,60; p=0,008 и R=0,43;p=0,028 соответственно). Была найдена корреляционная взаимосвязь между dP/dT и САД(R=0,76;p<0,01), с R-PWV(R=0,45; p=0,046), также с B- PWV(R=0,45; p=0,046). В исследуемой группе пациентов с АГ 1-2 степени установлена положительная корреляционная взаимосвязь R-PWV с PTT R=0,63 (p=0,007), L-PWV с PTT – R=0,4(p=0,046).Также установлена корреляция показателей B-PWV с PTT (R=0,58; p=0,023). Отмечена положительная взаимосвязь сердечно-лодыжечнного сосудистого индекса CAVI-1 с PTT (R= -0,623; p=0,022) и L-CAVI с PTT(R= -0,63; p=0,004), а также CAVI-1 с dP/dT(R= 0,502; p=0,028) и L-CAVI с dP/dT(R= 0,53; p=0,016).

Выводы: у лиц старше 60 лет при АГ 1-2 установлена достоверная взаимосвязь между скоростью и временем распространения пульсовой волны в сосудах эластического и мышечного типа, что очевидно доказывает сопоставимость метода объемной сфигмографии и метода бифункционального суточного мониторирования АД и ЭКГ. Увеличение скорости и уменьшение времени пульсовой волны является маркером атеросклеротических изменений сосудистой стенки у обследованного контингента лиц.

0664 ЗНАЧЕНИЕ КАЛЛИКРЕИН-КИНИНОВОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Олимов Н.Х.
Республиканский клинический центр кардиологии, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: оценить степень изменений показателей калликреин-кининовой системы (ККС) крови у больных с различными формами ИБС.

Методы исследования. Фактическим материалом исследований послужило обследование 81 больных ишемической болезнью сердца, проходивших стационарное лечение в кардиологическом центре г.Душанбе.

Состояние ККС крови оценивали по содержанию калликреина, прекалликреина, А1-антитприпсина, А-2 макроглобулина биологическим методом (Суровикина М.С., 2005). Исследование показателей ККС проводилось в динамике стационарного лечения (при поступлении на 1-3 сутки; и на 15 сутки пребывания в стационаре). Больным со стенокардией исследования проводились в межприступный период.

Результаты исследований свидетельствуют, что задолго до развития инфаркта миокарда у больных со стенокардией регистрируется повышенная активность калликреин-кининовой системы. Это выражается в увеличении КК, снижении кининобразующего компонента - прекалликреина и снижении ингибиторной емкости КК. Это обстоятельство позволяет отнести калликреин-кининовую систему крови к системе «быстрого реагирования» на патологические изменения в организме человека, причем степень изменения баланса кининов зависит от глубины поражения, степени ишемии миокарда и наличия осложнений. По результатам наших исследований и литературных сведений практического врача должно настораживать состояние массивного кининогенеза, значительное снижение ингибиторной активности КК с первых дней заболевания, поскольку являются прогностически неблагополучным признаками и могут быть следствием развития стойкой гипотензии, шока и других осложнений

Заключение: Сложная организация кининовой системы крови, позволяющая быстро реагировать и контролировать метаболизм может быть использована в практической деятельности. Изменения компонентов ККС системы крови (быстрое и массивное их образование, а также быстрое их исчезновение) в биохимической регуляции может быть фактором-предиктором инфаркта миокарда. В каждодневной практической деятельности врача кардиолога исследования кининовой системы крови представляется весьма трудоёмким и дорогостоящим анализом, но вполне оправдывает себя в тактике ведения пациентов с длительными и хроническими формами стенокардии с целью доклинической диагностики инфаркта миокарда, а также профилактики инфаркта миокарда и его осложнений с помощью своевременной и адекватной коррекции калликреин-кининовой системы крови.

0665 ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ И ВЗВАИМОСВЯЗЬ С НАРУШЕНИЕМ ЭКСТРАКАРДИАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

Олимов Н.Х.
Республиканский клинический центр кардиологии, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: оценить степень нарушений экстракардиальной регуляции (ЭКР) сердечного ритма и выявить связь с внезапной смерти у больных в постинфарктном периоде.

Методы исследований: В основу использованной диагностической методики было положено концепция стохастического гомеостаза дающая физическое описание и холистическую трактовку нелинейных процессов в многокомпонентных иерархически-организованных динамических системах, к которым относится и система регуляции сердечного ритма. В норме объекты этого класса находятся в состоянии «самоорганизованной критичности» (СОК), (Bak P), поддерживаемом медленными апериодическими вариациями параметров системы, имеющей фрактальную структуру определенного типа. В организации работы сердца эту функцию выполняют низкочастотные (НЧ) флюктуации кардиоинтервала, которые физиологически обусловлены влиянием центральных уровней экстракардиальной регуляции.

Базовым измеряемым параметром является длительность R-R интервала. Выделение последовательности R-R и последующую обработка данных проводили цифровым методом on line по специальной методике (Музалевская Н. И., Урицкий В. М., 1998)

Результаты: Сопоставление параметров β - степени интеграции связей экстракардиальной регуляции (ЭКР) и dR-R тонуса стохастической регуляции (уровень синусовой аритмии), как интегративных показателей стохастической регуляции, в постинфарктном периоде позволило выявить по нашим данным определенную категорию больных с повышенным риском срыва регуляции, то есть с наибольшей вероятностью рецидивов инфаркта миокарда и в том числе внезапной смерти.

Снижение эффективности ЭКР (β1) и резкое снижение тонуса стохастической регуляции (σ) по нашим данным способно привести к срыву регуляции и увеличению вероятности реинфарцирования и внезапной смерти у этих больных. Анализ группа больных как и прогнозировался действительно показал, что у 76% (n=58) больных в течение 1-3 месяцев после перенесенного инфаркта миокарда зарегистрирована внезапная смерть. При снижение системных связей ЭКР (β1), резкое снижение тонуса стохастической регуляции (σ), назначение бета адреноблокаторов по нашим данным снижает риск развития внезапной смерти у больных в постинфарктном периоде.

Заключение: Таким образом, контроль за этими показателями может позволить превентивно диагностировать снижение устойчивости ЭКР за несколько дней до ухудшения состояния и выделить пациентов с наибольшей вероятностью риска внезапной смерти с перенесенным инфарктом миокарда и выбрать адекватную терапию.

0666 ОСОБЕННОСТИ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Омарова Д.А., Хасаев А.Ш., Ахлакова А.А., Заглиев С.Г.
Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала, Россия

Исследование микроэлементного статуса жителей различных регионов находит все большее распространение в связи с оценкой влияния его на заболеваемость и особенности течения различных болезней. Все больше накапливается сведений о влиянии внешних и внутренних факторов на состояние микроэле-

ментного обмена, предпринимаются попытки систематизации региональных нормативов и оценки его нарушений. В то же время имеются многочисленные попытки индивидуальной коррекции микроэлементного статуса на основе сомнительных норм, без учета особенностей геохимического состояния среды обитания.

Целью работы явилось выявление особенностей микроэлементного обмена у больных АГ жителей Дагестана.

Анализ произведен у 39 больных гипертонической болезнью в сочетании с ИБС и у 15 здоровых лиц. В качестве интегрального показателя обмена микроэлементов (>50) исследовалось их содержание в волосах методом атомно-эмиссионной спектрометрии с индуктивно-связанной аргоновой плазмой (прибор ICP MS HP – 450, совместного производства фирм «Хьюлетт-Паккард», США и «Йокогава», Япония). Статистическая обработка включала определение достоверности различий по критерию Манна-Уитни.

Для жителей Дагестана в целом, по сравнению с данными литературы, оказались характерны более высокое содержание никеля, меди, марганца (у жителей южных районов), мышьяка (у жителей Кизлярского района), более низкое содержание цинка. Это согласуется с проводимыми в Дагестане широкими эколого-геохимическими исследованиями среды обитания. В частности, в южных регионах Дагестана превышено содержание тяжелых металлов в почвах, в воде, в том числе, питьевой (бассейн реки Самур), что требует комплексной оценки влияния этих факторов на состояние здоровья, в том числе на сердечно-сосудистую заболеваемость. Эти элементы могут, в частности, играть роль в развитии и особенностях течения АГ. Санитарно-эпидемиологической службой установлено также превышение содержания мышьяка в водах Кизлярской зоны. Превышение концентрации мышьяка в воде и в почве является известным фактором риска сердечно-сосудистой заболеваемости и, особенно смертности, в различных регионах мира и согласуется с многолетними данными по высокой распространенности артериальной гипертонии у жителей этого региона.

По сравнению со здоровыми лицами, у больных основной группы определяется достоверное снижение лития, ванадия, цинка, хрома, молибдена ($p<0,05$). Не получено ожидаемых различий по содержанию магния, селена. Содержание селена, известного фактора риска ИБС, оказалось нормальным (11,27±3,14 мкг\г).

Значение выявленных в различных местностях однонаправленных микроэлементных особенностей у больных АГ требует уточнения, должны быть также определены показания к возможным вмешательствам. Коррекция должна быть осторожной, с учетом геохимического состояния среды обитания и внутренних метаболических факторов, и не может быть универсальной для жителей различных регионов.

0667 ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ УРОВНЕЙ ОСТРОФАЗНЫХ БЕЛКОВ И НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ИБС С ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Орлова Н.В., Чукаева, И.И., Солошенкова О.О., Алешкин В.А., Ярных Е.В., Новикова Л.И., Соловьева М.В.
ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия; Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии, Москва, Россия; МНИИЭМ им. Н.Г.Габричевского, Москва, Россия

Цель: Сопоставить активность белков острой фазы воспаления (БОФ) и холестерина со степенью стеноза коронарных артерий у больных ИБС.

Методы: Нами были обследованы 100 больных с верифицированным диагнозом ИБС, стабильная стенокардия напряжения. Средний возраст больных составил 60,8±3,4 года. Всем пациентам проводилась коронарография в условиях рентген – операционной на ангиографической установке фирмы «Siemens» (Германия) по методике Judkins. Определение белков острой фазы воспаления (орозомукоида, церулоплазмина, α1-антитрипсина, С-реактивного белка, гаптоглобина, α2-макроглобулина и С3 компонента комплемента) проводилось методом радиальной иммунодиффузии по Манчини. Использовались стандартные сыворотки Standart-Human-Serum «Behring», моноспецифические сыворотки против БОФ: орозомукоид, α1-антитрипсин, С3 компонент комплемента, С-реактивный белок, полученные в институте микробиологии и эпидемиологии им.Габричевского; церулоплазмин (Human-Coeruloplasmin «Behring»). Полученные данные обработаны на персональном компьютере на базе Intel Celeron в программной среде Microsoft Excel с использованием встроенного «Пакета анализа».

Результаты: При анализе полученных результатов были выделены 4 группы по степени поражения коронарных артерий. За поражение артерии принималось стенозирование более 50% сосуда. В первую группу вошли больные с незначительными гемодинамическими изменениями коронарных артерий, во вторую – со стенозом более 50% одной артерии, в третью – двух, в четвертую – трех и более сосудов, в отдельную группу были выделены больные с признаками нестабильности бляшки. Значения уровней белков острой фазы воспаления (орозомукоида, церулоплазмина, α1-антитрипсина, С-реактивного белка, гаптоглобина, α2-макроглобулина и С3 компонента комплемента) были взаимосвязаны с количеством стенозированных коронарных артерий. Наиболее низкие значения БОФ определялись у пациентов без выраженного поражения сосудов. Соответственно, с увеличением числа стенозированных коронарных артерий возрастали уровни БОФ. Наибольшие показатели БОФ соответствовали поражению более трех артерий и нестабильности атеросклеротической бляшки (отличия от уровня БОФ с 1 группой больных по орозомукоиду, α1-антитрипсину, С3 компоненту комплемента были статистически достоверными).

Выводы: Полученные данные о более высоких уровнях белков острой фазы воспаления в группе больных с множественным стенозом коронарных артерий и нестабильностью атеросклеротических бляшек позволяют говорить об активном влиянии воспалительных реакций и холестеринового обмена на поражение сосудов при атеросклерозе.

0668 ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ И РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Орлова Н.В., Ситников В.Ф., Спирякина Я.Г., Власова О.О., Карпов А.М., Ишханова О.М., Пиструил И.Ш., Аскерзаде С.Р., Перевезенцев О.А.
ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

Цель: Изучение вариантов генотипов APOA1 - 75 G/A и APOE M22Q у больных ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы исследования: было обследовано 40 больных с верифицированным диагнозом ишемическая болезнь сердца без наличия сопутствующих заболеваний, в возрасте от 40 до 60 лет, которые составили основную группу. Диагноз ИБС устанавливали на основании типичных болевых приступов, анамнеза заболевания, данных электрокардиографии, велоэргометрии, коронарографии. Контрольную группу составили 40 больных без наличия признаков ишемической болезни сердца по данным обследования. Определение полиморфных фрагментов ДНК исследуемых генов проводили с помощью электрофоретического метода. При проведении полимеразной цепной реакции (ПЦР) был использована пара синтезированных праймеров (фирма “Синтол”), специфичных для данного полиморфного варианта. Для варианта APOA -75 G/A использовался ПДРФ анализ с последующим электрофорезом на полиакриламидном геле. Полученные данные обработаны на персональном компьютере на базе Intel Celeron в программной среде Microsoft Excel. Индекс отношения шансов (OR) определяли по четырехпольной таблице, программа STATISTICA.

Результаты исследования: при изучении варианта генотипа APOA1 - 75 G/A у больных ишемической болезнью сердца в сравнении с контрольной группой был выявлен более высокий показатель индекса OR для APOA1 (A/A), который составил 4,1±0,7, показатель OR для APOA1 (G/A) составил 1,1±0,45, а для APOA1 (G/G) – 0,39±0,5. При изучении варианта генотипа APOE M22Q

у больных ишемической болезнью сердца в сравнении с контрольной группой OR для APOE (M/M) составил 0,65±0,47, для APOE (Q/M) – 1,357±0,45, а для APOE (Q/Q) – 1,179±0,57.

Выводы: изучение атерогенного фенотипа липопротеинов у больных ишемической болезнью сердца и контрольной группы выявило, что носительство генотипа APOA1 (A/A) и APOE (Q/M) ассоциировано с развитием ишемической болезнью сердца, что служит подтверждением генетически обусловленных липидных нарушений у данной группы пациентов.

0669 ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ НА ЕЕ СОСТОЯНИЕ

Орлова. О. В., Сокальская Е. А., Недошивин А. О.
ФГУ "ФЦ сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова", Санкт-Петербург, Россия

Цель: изучить влияние терапии бета-адреноблокаторами (БАБ) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемической этиологии и облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (ОААНК) на эндотелиальную функцию.

Материалы: в исследовании приняли участие 74 пациента с ХСН II-III ФК (NYHA), ОИМ в анамнезе и признаками ОААНК IIа и IIб ст. по Фонтейну. С момента включения пациентов в исследование, больным проводилась базовая терапия иАПФ, мочегонными, антиагрегантами, статинами. Пациенты не получали терапии БАБ на момент включения. Через 2 недели после включения больные были рандомизированы на 3 группы. I группа- без назначения БАБ к базовой терапии. II группа- к базовой терапии был добавлен бисопролол. III группа- к базовой терапии был добавлен карведилол. Всем пациентам исходно и через 36 недель выполнялось дуплексное сканирование плечевой артерии на аппарате VIVID 7 (GE) и определялись показатели эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД) в пробе с реактивной гиперемией и эндотелий-независимой вазодилатации (ЭНЗВД) в пробе с нитроглицерином.

Результаты: среднее значение ЭЗВД и ЭНЗВД у пациентов I группы составило 4,24±0,65% и 6,17±1,14% соответственно, во II группе 5,65±0,65% и 7,81±0,84%, в III группе - 4,13±0,62% и 7,08±0,75%. После 36 недель наблюдения средние значения ЭЗВД и ЭНЗВД в I группе снизились до 3,97±0,94% и 6,98±1,6% соответственно, во II группе увеличились до 5,57±0,82% и 8,72±1,04%, а в III группе возросли до 5,26±0,64% и 9,4±0,95% .

Выводы: отсутствие в комплексной терапии ХСН группы БАБ приводит к ухудшению эндотелиальной функции. Терапия БАБ способствует уменьшению эндотелиальной дисфункции. Карведилол, в большей степени, чем бисопролол, улучшает функцию эндотелия.

0670 ПАЦИЕНТ С ХСН И ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: НЕ УХУДШИТ ЛИ ТЕРАПИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ ПРОЯВЛЕНИЯ ПЕРЕМЕЖАЮЩЕЙСЯ ХРОМОТЫ

Орлова О.В., Сокальская Е.А., Недошивин А.О.
ФГУ "ФЦ сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова", Санкт-Петербург, Россия

Цель: оценить клинический статус пациентов с ХСН ишемической этиологии и облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (ОААНК) на фоне терапии бета-адреноблокаторами (БАБ).

Материалы: в исследовании приняли участие 74 пациента с ХСН II-III ФК (NYHA), ОИМ в анамнезе и признаками ОААНК IIа и IIб ст. по Фонтейну. С момента включения пациентов в исследование, больным проводилась базовая терапия иАПФ, мочегонными, антиагрегантами, статинами. Пациенты не получали терапии БАБ на момент включения. Через 2 недели после включения больные были рандомизированы на 3 группы. I группа- без назначения БАБ к базовой терапии. II группа - к базовой терапии был добавлен бисопролол. III группа - к базовой терапии был добавлен карведилол. Всем пациентам исходно и по окончании 36 недель исследования проводилось измерение лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ); выполнялся тредмилл тест, где фиксировались показатели времени ходьбы до боли (ВХДБ) и максимального времени ходьбы (МВХ).

Результаты: у пациентов I группы достоверно снизились показатели ЛПИ: 0,63±0,6 → 0,60±0,6 (p=0,004), уменьшилось ВХДБ: 1,47±0,22 мин → 1,09±0,14 мин (p=0,016) и МВХ: 3,24±0,40 мин → 2,91±0,43 мин. Во II группе увеличились показатели ЛПИ: 0,72±0,4 → 0,79±0,5, возросло ВХДБ: 3,04±0,33 мин → 3,34±0,52 мин, возросло МВХ: 7,01±1,05 мин → 8,21±1,32 мин. У пациентов III группы достоверно увеличились показатели ЛПИ: 0,71±0,3 → 0,77±0,3 (p=0,002) , возросло ВХДБ: 2,06±0,33 мин → 3,04±0,44 мин (p=0,002), возросло МВХ: 5,39±1,08 мин → 7,16±1,26 мин (p=0,001).

Выводы: терапия БАБ у пациентов с ХСН ишемической этиологии и ОААНК не ухудшает течение ОААНК, а наоборот приводит к улучшению периферического кровообращения и уменьшению выраженности симптоматики перемежающейся хромоты.

0671 МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Орлов В.А., Синицина И.И., Сычева Е.Ю, Гиляровский С.Р.
ГОУ ДПО РМАПО Росздрава, кафедра клинической фармакологии и терапии, Москва, Россия

Цель: сопоставить клиническую и экономическую эффективность мультидисциплинарного подхода к лечению больных с выраженной хронической сердечной недостаточностью.

Материалы и методы: в исследование включено 100 больных с выраженной ХСН III-IV ФК по NYHA различной этиологии, поделенных на две группы: группа вмешательств составила 50 больных и группа контроля 50 больных. По полу и возрасту группы не отличались, средний возраст составил 61,4 года, по клинической характеристике и по причине развития ХСН группы так же были одинаковы. Мультидисциплинарный подход в рандомизированной группе вмешательств - это совместное ведение пациентов специалистом по лечению ХСН и клиническим фармакологом, обучение больных, наблюдение за больными после выписки – еженедельные контакты по телефону и визиты в клинику через 1 мес., 3 мес., и 6 мес. Клинические методы обследования: ЭКГ, ЭХОКГ, рентгенография, лабораторные анализы.

Результаты: в качестве конечных точек оценивались летальность в обеих группах за период наблюдения 6 месяцев и их потребность в госпитализациях по поводу всех причин и усиления ХСН. В группе вмешательств умерло 2 пациента, в группе контроля - 5 больных. Количество повторных госпитализаций в группе вмешательств составило 11, в том числе по поводу декомпенсации ХСН 7 пациентов. Количество госпитализаций в контрольной группе составило 26, в том числе по поводу декомпенсации кровообращения 24 пациента. Различия в частоте повторных госпитализаций как по поводу всех причин, так и по поводу декомпенсаций кровообращения были статистически значимыми (p=0,004, и p<0,001 соответственно).

Выводы: мультидисциплинарный подход к лечению больных с выраженной ХСН, включающий обучение больных, участие клинического фармаколога и интенсивный мониторинг, уменьшают потребность в повторных госпитализациях, а также позволяет улучшить их качество жизни и толерантность к физическим нагрузкам; позволяет сократить общие затраты на лечение за счет сокращения расходов на стационарное лечение.

0672 БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Орлов В.А., Синицина И.И., Столярова Н.И., Гиляровский С.Р.
ГОУ ДПО РМАПО Росздрава, кафедра клинической фармакологии и терапии, Москва, Россия

Цель: оценить сравнительную эффективность и безопасность терапии карведилолом, метопрололом или бисопрололом пациентов с ХСН II-IV ФК и СД 2 типа в рандомизированном клиническом исследовании.

Материалы и методы: в исследование было включено 60 больных (средний возраст 65±8,3 лет). По основным клиническим показателям сформированные группы были сравнимы по тяжести функционального класса, спектру сердечно-сосудистой патологии, частоте встречаемости инсулиннезависимого и инсулинопотребного СД 2 типа, проводимой терапии после стабилизации состояния.

Результаты: исследование состояло из 2 этапов: стационарного и амбулаторного. После стабилизации состояния больных (отсутствие декомпенсации ХСН) рандомизированно распределяли в группы лечения карведилолом, бисопрололом или метопрололом с помощью метода генерации списка случайных чисел. Подбор доз бета-адреноблокаторов осуществляли по общепринятым схемам, сначала в стационаре, далее во время амбулаторного этапа. Кроме того, в начале периода госпитализации, а также через 3 и 6 мес терапии бета-адреноблокаторами оценивались функциональное состояние и качество жизни. После 6-месячного наблюдения в группах карведилола и бисопролола было получено статистически значимое уменьшение показателей гипертрофии ЛЖ. В 1-й группе ТМЖП 1,35±0,20 см и ЗСЛЖ 1,35±0,21 см в начале исследования и 1,25±0,12 и 1,25±0,17 – после; p=0,005 и 0,006 соответственно. Для 2-й группы эти значения составили 1,28±0,23 см и 1,29±0,22 см и через 6 мес 1,09±0,14 и 1,21±0,15 (p=0,004 и 0,041 соответственно). В группе метопролола выявлено достоверное уменьшение толщины ЗСЛЖ: 1,29±0,20 см исходно и 1,20±0,15 после 6 мес терапии (p=0,000), и отмечена тенденция к снижению ТМЖП (0,13±0,06 см исходно и 1,19±0,13, p=0,06). Статистически значимого влияния терапии карведилолом, бисопрололом и метопрололом на показатели систолической и диастолической функции ЛЖ не отмечено. Однако на фоне использования карведилола по сравнению с другими бета-адреноблокаторами отмечена тенденция к улучшению диастолической функции, что проявлялось в более выраженном увеличении соотношения Е/А. При множественном межгрупповом сравнении как исходных данных, так и результатов через 3 и 6 мес статистически достоверных различий показателей систолической и диастолической функции ЛЖ выявлено не было.

Выводы: полученные данные о влиянии карведилола на диастолическую функцию ЛЖ и углеводный обмен доказывают особые свойства карведилола, которые могут быть особенно полезны при лечении ХСН, развившейся на фоне СД 2 типа. Показатели систолической и диастолической функций ЛЖ в трех группах терапии бета-адреноблокаторами статистически достоверно не изменялись. Однако отмечена отчетливая тенденция к улучшению диастолической функции миокарда на фоне использования карведилола.

0673 ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ И АТОРВОСТАТИНОМ НА ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ВЫСОКИМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Орлов Р.Б., Абрашкина Е.Д., Шаалали Н., Шутемова Е.А.
ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, Иваново, Россия

Цель: оценить изменения реологических свойств крови у больных гипертонической болезнью с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений (ССО) при комбинированной терапии амлодипином и аторвастатином.

Методы. На базе клиники Ивановской государственной медицинской академии обследовано 40 пациентов (18 мужчин, 22 женщины; средний возраст – 42,5±1,3 года) с гипертонической болезнью II стадии и уровнем общего холестерина (ОХ) плазмы больше 6,5 ммоль/л. В качестве гипотензивной терапии у пациентов использовался амлодипин (тенокс, KRKA, Словения) в дозе 5-10 мг в сутки. У пациентов исходно и через 12 недель терапии амлодипином определялись гемореологические показатели. Исследование реологических свойств крови включало определение вязкости с помощью ротационного вискозиметра АКР-2 (Россия), определение гематокрита с помощью капиллярной центрифуги МГЦ-8, определение деформируемости эритроцитов фильтрационным методом с расчетом коэффициента деформируемости эритроцитов, агрегации эритроцитов прямым оптическим методом с расчетом среднего размера агрегата, показателя агрегации, процента неагрегированных эритроцитов. Оценивалась цитоархитектоника эритроцитов путем определения числа дискоцитов, а также количества обратимо и необратимо деформированных эритроцитов. Рассчитывали индекс обратимости трансформации. На втором этапе исследования с целью коррекции нарушений липидного обмена в схему лечения включался аторвастатин (Аторис, KRKA, Словения) в дозе 10 мг/сут. При отсутствии достижения целевых значений уровня ОХ через 6 недель терапии дозу увеличивали до 20 мг. Через 12 недель терапии повторно исследовали параметры гемореологии.

Результаты. При сопоставлении результатов исходного исследования гемореологического профиля у больных с гипертонической болезнью с высоким риском ССО с результатами, полученными на фоне терапии амлодипином, не отмечено достоверных изменений всех изучаемых параметров. Включение в терапию аторвастатина привело к достоверному улучшению реологических свойств крови. Достоверно снизилась вязкость крови на низких скоростях сдвига. Уменьшился показатель агрегации эритроцитов с 1,7±0,1 до 1,5±0,1. Существенно улучшилась цитоархитектоника эритроцитов: количество дискоцитов увеличилось в среднем с 75,6±2,3% до 81,1±1,9%, достоверно уменьшилось число необратимо деформированных эритроцитов.

Заключение: амлодипин не оказывает существенного влияния на гемореологические показатели, в то время как добавление к терапии аторвастатина приводит к улучшению реологических свойств крови.

0674 ЭЛАСТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА СТЕНКИ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГРУППЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Осипова Е.В., Мельникова Л. В., Бартош Л.Ф.
МУЗ ПГКБ №4, Пенза, Россия; ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, Пенза, Россия

Цель исследования: изучить эластические свойства стенки общих сонных артерий (ОСА) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) различных групп сердечно-сосудистого риска.

Материал и методы исследования. Для решения поставленной цели исследовали 64 пациента (34 женщины, 30 мужчин), в возрасте от 20 до 55 лет (средний возраст 42,1±11,2), страдающих АГ. Первую группу составили 20 человек (11 женщин и 9 мужчин) с низким сердечно-сосудистым риском; во вторую группу вошли 9 человек (5 женщин и 4 мужчин) с умеренным сердечно-сосудистым риском; третья группа состояла из 13 больных (6 женщин и 7 мужчин) с высоким сердечно-сосудистым риском, четвёртую группу составили 22 пациента (12 женщин и 10 мужчин) с очень высоким сердечно-сосудистым риском.

Все пациенты были обследованы в одинаковое время суток после 3-х дневной отмены гипотензивных препаратов. Дуплексное сканирование общих сонных артерий (ОСА) производилось

на аппарате Vivid 7 Dimension (фирма General Electric) после 10-ти минутного отдыха пациента. Для оценки эластичности ОСА рассчитывались коэффициент растяжимости (DC) и индекс жесткости (β), по формулам:

Коэффициент растяжимости (distensibility coefficient, DC):

DC=2xΔD/ΔP/D [10-3/кПа], где D-диаметр артерии, ΔD-изменение диаметра артерии в течение сердечного цикла, ΔP-пульсовое артериальное давление

Индекс жесткости (stiffness index β):

β=log (САД/ДАД)/(ΔD/D), где D-диаметр артерии, ΔD-изменение диаметра артерии в течение сердечного цикла, САД-систолическое артериальное давление, ДАД-диастолическое артериальное давление.

Результаты исследования. При анализе показателей эластичности ОСА отмечалось достоверное увеличение индекса жёсткости ОСА от 4,8±0,7 у пациентов с низким сердечно-сосудистым риском до 7,3±1,1 и 7,7±1,2 у больных с умеренным и высоким сердечно-сосудистым риском (p<0,05). Более выраженные изменения наблюдались в четвёртой группе исследуемых 9,3±0,4 (p<0,05 при сравнении со всеми группами).

Кроме того, наблюдалось уменьшение индекса растяжимости ОСА от 41,5±5,4·10-3/кПа в первой группе сравнения до 24,1±6,8·10-3/кПа у второй группы больных (p<0,05). Наибольшие отклонения отмечались у пациентов третьей и четвёртой групп – 20,8±3,7 и 19,4±3,1·10-3/кПа соответственно (p<0,05 при сравнении с первой и второй группами).

Выводы. У пациентов, страдающих артериальной гипертензией, в группах высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска наблюдаются наиболее выраженные изменения эластических свойств ОСА по сравнению с группами низкого и умеренного риска.

0675 ПАРАМЕТРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГРУППЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Осипова Е.В., Мельникова Л.В., Бартош Л.Ф.
МУЗ ПГКБ №4, Пенза, Россия; ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, Пенза, Россия

Цель исследования: изучить особенности внутрисердечной гемодинамики у больных артериальной гипертензией (АГ) различных групп сердечно-сосудистого риска.

Методы исследования. Для решения поставленной цели исследовали 64 пациента (34 женщины, 30 мужчин), в возрасте от 20 до 55 лет (средний возраст 42,1±11,2), страдающих АГ. Первую группу составили 20 человек (11 женщин и 9 мужчин) с низким сердечно-сосудистым риском; во вторую группу вошли 9 человек, (5 женщин и 4 мужчин) с умеренным сердечно-сосудистым риском; третья группа состояла из 13 больных, (6 женщин и 7 мужчин) с высоким сердечно-сосудистым риском, четвёртую группу составили 22 пациента, (12 женщин и 10 мужчин) с очень высоким сердечно-сосудистым риском.

Все пациенты были обследованы в одинаковое время суток после 3-х дневной отмены гипотензивных препаратов. Дуплексное сканирование общих сонных артерий (ОСА) производилось на аппарате Vivid 7 Dimension (фирма General Electric) после 10-ти минутного отдыха пациента. При эхокардиографии измерялись конечный диастолический (КДО) и конечный систолический (КСО) объемы левого желудочка по методу площадь-длина, толщина стенок левого желудочка (ЛЖ). Рассчитывалась фракция выброса левого желудочка (ФВ). Масса миокарда ЛЖ определялась по формуле усеченного эллипсоида, вычислялся индекс массы миокарда (ИММ).

Полученные результаты. При сравнении параметров внутрисердечной гемодинамики по группам сердечно-сосудистого риска были выявлены некоторые закономерности. Наблюдалось достоверное увеличение КДО у больных с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском (137,6±15,6мл и 140,4±15,4мл соответственно) по сравнению группами пациентов низкого и умеренного риска (103,1±12,4мл и 110,7±15,4мл соответственно), p<0,05 при сравнении всех групп между собой.

Отмечалось снижение ФВ от 68,2±6.2% у первой группы сравнения до 62,4±6,9% и 59,2±9,1% у пациентов второй и третьей групп. Наиболее выраженные изменения были выявлены у больных с очень высоким сердечно-сосудистым риском 51,6±8,7% (p<0,05 при сравнении ее с остальными).

У пациентов с умеренным сердечно-сосудистым риском ИММ был выше (137,1±13,1 г/м^2), чем в первой группе исследуемых 109±17,9г/м^2. Наибольшие отклонения были выявлены у пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском 158,6±18,1г/м^2 и 146,4±19,2г/м^2 соответственно (p<0,05 при сравнении каждой из них с группами низкого и умеренного риска).

Выводы. У больных артериальной гипертензией с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском наблюдается увеличение конечного диастолического объема левого желудочка, снижение фракции выброса и более выраженная гипертрофия левого желудочка по сравнению с группами низкого и умеренного риска.

0676 СУММАРНЫЙ КОРОНАРНЫЙ РИСК У ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКИМ СТРЕССОМ

Осипова И.В., Антропова О.Н., Воробьева Е.Н., Калинина И.В, Курбатова И.И., Аверьянова Е.С.**
Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия; НУЗ ОКБ ст.Барнаул*, Барнаул, Россия

Целью исследования было оценить 10-летний риск развития фатального сердечно-сосудистого события (ССС) и проанализировать основные факторы, влияющие на прогноз развития ССС у лиц с профессиональным стрессом (модель рабочего напряжения по Karasek).

Материал и методы. В исследование включались мужчины в возрасте от 22 до 55 лет, не имеющие диагностированных ассоциированных клинических состояний и наследственной дислипидемии. Пациенты были распределены на 2 группы: 1-ую группу составили 240 пациентов с высоким уровнем психоэмоционального напряжения на рабочем месте (работники локомотивных бригад), средний возраст составил 42,39±9,06 года, 2-ую - 209 человек популяции, средний возраст составил 41,1±8,7 года. Оценивались основные факторы риска ССС. Рассчитывали суммарный 10–летний риск ССС, используя шкалу SCORE, и абсолютный 10-летний риск развития инфаркта миокарда по модели PROCAM. Пациентам 1-ой группы дополнительно определялись холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов (ТГ) и С-реактивный белок (СРБ).

Результаты исследования. У пациентов 1-ой группы, по сравнению со 2-ой, имелась большая распространенность гиперхолестеринемии на 23,1% (p<0,05) и одинаковая частота артериальной гипертонии, курения и повышенной массы тела. У лиц 1-ой группы уменьшение ХС ЛПВП<1,0 ммоль/л наблюдалось у 27,1% (65 человек), увеличение ХС ЛПНП >3,0 ммоль/л – у 73,3% (176 человек), увеличение ТГ >1,7 ммоль/л – у 28,3% (68 человек). Высокий риск фатальных сердечно-сосудистых событий имелся у 15,8% пациентов 1-ой группы и 7,3% пациентов 2-ой группы, умеренный суммарный коронарный риск был определен у 22,1% и 10,1% обследованных 1-ой и 2-ой групп соответственно. Таким образом, у лиц с профессиональным стрессом, по сравнению с популяцией, было больше на 8,5% (p<0,05) пациентов с высоким суммарным коронарным 10-летним риском и на 10% (p<0,05) пациентов с умеренным риском. При оценке коронарного риска по шкале PROCAM была выделена группа пациентов 1-ой группы высокого ишемического риска (25,0%), более обширная по сравнению с рискометром SCORE (15,8%). В группе лиц высокого суммарного коронарного риска средний показатель СРБ составил 6,7±0,9 мг/л, а у пациентов с умеренным и низким коронарным риском был меньше (p<0,01) и составил 3,1±0,3 мг/л. По результатам исследования лица с высоким суммарным риском имели ЧСС 84,0±4,1 уд. минуту, пациенты с умеренным и низким риском -

75,8±1,6 уд. минуту. Таким образом, у лиц стрессовой профессии и высокого риска была большая ЧСС на 10,8% (p=0,05).

Выводы. У лиц стрессовой профессии имеется более высокая, по сравнению с популяцией, распространенность гиперхолестеринемии и суммарный коронарный риск. Использование для оценки риска шкалы PROCAM, включающей наибольшее количество метаболических факторов риска, позволяет расширить группу лиц с высоким риском. В качестве дополнительных факторов сердечно-сосудистого риска у лиц стрессовых профессий следует учитывать СРБ и ЧСС.

0677 ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА НА РАЗВИТИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ СЕРДЦА У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Осипова И.В., Шахматова К.И., Антропова О.Н., Лобанова Н.А., Ломаев И.С.
НУЗ ОКБ на станции Барнаул ОАО «РЖД», Барнаул, Россия; Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Цель: изучение влияние стресса на развитие электрической нестабильности сердца (ЭНС) у мужчин с артериальной гипертонией (АГ).

Материалы и методы: обследованы 114 мужчин с АГ, которые по наличию профессионального стрессового фактора были разделены на две группы. В 1-ю группу вошли 57 машинистов, относящихся ко II группе стрессовых профессий по модели R. Karasek, средний возраст 44,9±6,7 лет. Вторую группу составили 57 железнодорожников, профессия которых связана с низким уровнем стрессе (48,0±7,0 лет). Оценивали показатели электрокардиографии высокого разрешения (ЭКГВР): поздние потенциалы желудочков (ППЖ), поздние потенциалы предсердий (ППП) и дисперсионное картирование ЭКГ сигнала: интегральный индекс миокарда (ИИМ), интегральный индекс ритма (ИИР). ЭКГ ВР регистрировали при помощи системы KARDI-2 (Россия) по стандартной методике M. Simson. Анализировали показатели: FIP (длительность фильтрованного зубца P), Under 5uV (длительность терминальной части фильтрованного зубца P с амплитудой меньше 5 микровольт), Last 20uV (среднеквадратичная амплитуда последних 20 миллисекунд зубца P), Total QRS (амплитуда фильтрованного комплекса QRS), Last 40uV (среднеквадратичная амплитуда последних 40 миллисекунд QRS комплекса), Under 40uV (длительность конечного интервала фильтрованного QRS комплекса с амплитудой менее 40 мкВ). Результаты считались достоверными при уровне шума <1,0 мкВ. Использовали три категории заключений: 1) выявлены ППП и ППЖ; 2) возможно их наличие; 3) отсутствие. Дисперсионное картирование ЭКГ проводили на аппарате «КардиоВизор-06 с» фирмы «Биос» (Россия). Анализировались ИИМ и ИИР – суммарная оценка дисперсионных отклонений от нормы по шкале от 0 до 100% (норма 0-14%). Статистическая обработка материала проводилась при помощи программы Microsoft Office Excel 2003.

Результаты исследования: у пациентов в 1-ой группе чаще выявлялось «возможное наличие» ППП (98%) и ППЖ (66%) по сравнению со 2-ой группой, где ППП и ППЖ выявлялись в 3 раза реже. Причем, «возможное наличие» ППП (60%) и ППЖ (85%) чаще регистрировалось в 1-ой группе с АГ I стадии, по сравнению с ППЖ (50%) и ППП (79) в 1-ой группе с АГ II стадии (p<0,02). Терминальные и повышенные значения ИИР чаще регистрировались в 1-ой группе (81%), по сравнению со 2-ой группой – 60% (p<0,001). Повышенные значения ИИМ в 1-ой группе выявлялись у 47%, во 2-ой – у 38% человек (p<0,05).

Таким образом, хронический профессиональный стресс оказывает влияние на развитие ЭНС. У пациентов стрессовых профессий в 2,5 раза чаще регистрировались «возможное наличие» ППП, в 3 раза чаще – ППЖ, по сравнению с мужчинами низкострессовых профессий, причем, чаще эти показатели регистрировались уже на 1 стадии АГ. Повышенные значения ИИР и ИИМ – в 1,4 и 1,3 чаще (соответственно) регистрировались у мужчин с повышенным профессиональным стрессом не зависимо от стадии АГ.

0678 ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ И СУММАРНЫЙ КОРОНАРНЫЙ РИСК У МУЖЧИН СО СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Осипова И.В, Антропова О.Н, Воробьева Е.Н, Борисова Л.В, Зальцман А.Г, Курбатова И.И**
Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия; НУЗ ОКБ станции Барнаул*, Барнаул, Россия

Целью настоящего исследования был анализ эффективности «Школы Здоровья на рабочем месте» («ШЗ») на факторы риска и суммарный коронарный риск у лиц операторской профессии (работники локомотивных бригад).

Материал и методы. Проведено обследование 100 работников локомотивных бригад (машинистов и помощников машинистов Западно-Сибирского Алтайского отделения железной дороги), мужчин в возрасте от 23 до 55 лет. Обследование включало: анкетирование, клиническое, функциональное (суточное мониторирование АД (СМАД), ЭКГ) и лабораторное исследование (уровень холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов (ТГ) и глюкозы сыворотки крови, проведение теста толерантности к углеводам. Артериальную гипертензию диагностировали в соответствии с основными критериями ВНОК (2004), метаболический синдром (2007). Суммарный коронарный риск рассчитывали по моделям исследований SCORE, PROCAM.

Программа занятий в «Школе Здоровья» на рабочем месте была составлена с учетом рекомендаций ГНИЦ профилактической медицины. Основные вопросы работы школы были изложены в методических рекомендациях вместе с дневником самоконтроля и выданы всем участникам. Занятия «Школы Здоровья» проводились раз в неделю по 20 минут на рабочем месте перед проведением «графиков». Лекции сопровождались показом слайдов и наглядного материала. Число слушателей, присутствующих на каждом занятии составило от 70 до 100. Продолжительность занятий «Школы» составила 3,5 месяца. До и после цикла занятий «ШЗ», а также спустя 12 месяцев проводили анкетирование рассчитывали суммарный коронарный риск.

Результаты. Выявлено, что у работников локомотивных бригад с АГ метаболический синдром отмечен в 52%, что возможно связано с длительным психоэмоциональным напряжением на рабочем месте. По шкале SCORE средний суммарный коронарный риск у всех пациентов соответствует низкому и умеренному уровню риска, но он не учитывает изменений факторов риска, всего спектра липопротеидов. В связи с большим процентом распространенности метаболического синдрома у лиц данной профессии проведен расчет суммарного 10-летнего риска ишемических событий по шкале PROCAM. Оказалось, что высокий уровень риска имеют 5% пациентов, средний – 23%, низкий – 72%. Спустя 12 месяцев после окончания «ШЗ» на рабочем месте отмечено повышение физической активности, снижение АД, степени абдоминального ожирения, уменьшение количества выкуриваемых сигарет и употребления спиртных напитков, отказ от курения (с 18 до 37%), соблюдение диеты и контролирование своего веса, снижение суммарного коронарного риска (с 6,8±1,01 до 4,4±0,62, p<0,05), уменьшение уровня ТГ, ХС ЛПНП и повышению концентрации ХС ЛПВП сыворотки крови у обследованных пациентов.

Заключение: полученные результаты свидетельствуют, что «ШЗ» на рабочем месте является эффективным многофакторным методом коррекции, снижает выраженность метаболических нарушений и уровень суммарного коронарного риска.

0679 КОРРЕКЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ИНГИБИТОРАМИ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСТАТОЧНОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК

Осипова М.В., Дмитриев А.А., Кириченко А.А.
НУЗ ЦКБ №1 ОАО «РЖД», РМАПО Москва, Россия

Цель: Оценить особенности применения препарата эналаприл у больных, находящихся на программном гемодиализе, с разной сохранностью водовыделительной функции почек.

Материалы и методы: В ходе открытого контролируемого рандомизированного исследования 60 стационарных и амбулаторных больных обоего пола поделены на две группы с диурезом 500 мл и с анурией. Артериальная гипертензия до лечения 140-179\90-110 мм рт.ст. Возраст больных от 19 до 72 лет. Срок наблюдения от 12 месяцев до 5 лет. В динамике лечения определяли АД по методу Короткова, проводили суточное мониторирование АД. Доза Энаприла титровалась от 1,25 мг до 5 мг в сутки. Доза препарата оставалась минимальной после достижения больными « сухого» веса и нормотонии. Эналаприл назначался в монотерапии или после отмены гипотензивной терапии через 5 дней. Фармакокинетику препарата определяли методом жидкокристаллической хроматографии в диализный и междиализный день у 20 больных обеих групп. Забор крови осуществляли за час до процедуры, затем через 2,4,6 часов. Гемодиализ проводили 3 раза в неделю по 210±10 мин на аппарате «Фрезениус» 4008Е; диализатор с полисульфоновыми мембранами. Поток диализата -500 мл\мин, скорость кровотока -265±10 мл\мин; srt\v 1,47±0,06. Диализат содержал 140 ммоль\л натрия, 1-3 ммоль\л калия, 1,5-1,75 ммоль\л кальция, 33-36 ммоль\л бикарбонатов, 1 г\л глюкозы.

Результаты: В группе с диурезом более 500 мл «полный» эффект зарегистрирован у 85% больных при применении 2,5мг препарата утром в диализный и междиализный дни, гипотензия на диализе отмечена в 5% случаев. В группе больных с анурией « полный» эффект достигался в 75% случаев при применении эналаприла в дозировке 2,5 мг утром диализного дня и 1,25 мг препарата утром в междиализный день. В 15% случаев отмечена гипотония на диализе. Динамика САД\ДАД у больных обеих групп через 1,3,6,12 месяцев была сопоставима. (142±8\85±5 мм рт.ст, 125±5\80±5 мм рт.ст., 125±5\70±5 мм рт.ст.). У больных с сахарным диабетом существует повышенный риск развития гипотензии на диализе. Диализируемость препарата 77% вне зависимости от остаточной функции почек. Максимальная концентрация в междиализный день у больных с анурией 92,17 нг\мл, без анурии 33,72 нг\мл. Выявлена прямая зависимость концентрации препарата от уровня альбумина в сыворотке крови. Выявлено транзиторное повышение АЛАТ на 3 месяце применения препарата в обеих группах.

Выводы: Показано положительное влияние препарата на суточный профиль АД в обеих группах больных при применении минимальных дозировок препарата: 2,5 мг утром диализного и междиализного дня у больных 1 группы; 2,5 мг утром диализного дня и 1,25 мг утром междиализного дня у больных 2 группы. Метаболиты хорошо выводятся во время процедуры гемодиализа, концентрация препарата возрастает после процедуры, что очевидно связано с особенностями его перераспределения в водных секторах и тканях при отсутствии секреторной функции почек. Клинически это выражается в сохраняющейся нормотонии.

0680 СНИЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ НА ФОНЕ ПРИЕМА МЕТОПРОЛОЛА У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН

Ослопова Ю. В., Ослопов В. Н., Халиуллин А.Р.
Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Цель исследования: изучить эффективность применения антиаритмического препарата II класса метопролола у больных с желудочковой экстрасистолией (ЖЭ), возникшей на фоне различной сердечно-сосудистой патологии, в зависимости от функционального состояния клеточных мембран, определяемого по величине скорости Na+-Li+-противотранспорта (Na+-Li+-ПТ) в мембране эритроцита.

Материал и методы: обследовано 47 больных в возрасте от 35 до 80 лет (средний возраст 54,02±1,9лет). Из них 25 мужчин (средний возраст 52,7±1,7 лет) и 22 женщины (средний возраст 55,5±1,9 лет). Гипертоническая болезнь (ГБ) без другой патологии диагностирована у 4 мужчин и 10 женщин, ишемическая болезнь сердца (ИБС) – у 7 мужчин и 1 женщины, сочетание ИБС с ГБ у 9 мужчин и 7 женщин, синдром вегетативной дисфункции (СВД) – у 4 мужчин и 5 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 с соавт., 2006). До назначения препарата и через 4 дня после назначения метопролола в дозе 50 мг в сутки всем пациентам проводилось суточное мониторирование ЭКГ (монитор «Schiller MT-200»). Эффективность антиаритмической терапии оценивалась путем подсчета общего количества желудочковых экстрасистол за сутки до лечения и на фоне терапии метопрололом с учетом критерия эффективности – снижение общего числа ЖЭ на 70%.

Полученные результаты: Распределение больных по КВ Na+-Li+-ПТ было следующим: больные, имеющие сочетание ИБС и ГБ, максимально представлены во II КВ, пациенты с ИБС встречается с одинаковой частотой в I и II квартилях, ГБ чаще встречается у носителей величин III КВ, СВД преимущественно выявляется у носителей величин III КВ скорости Na+-Li+-ПТ.

Оценивая эффективность метопролола в купировании ЖЭ в зависимости от квартильной принадлежности больного, обнаружено, что препарат уменьшает количество ЖЭ за сутки у больных I КВ на 44,9% ($p<0,05$), у больных II КВ на 42% ($p<0,05$), III КВ – 57,6% ($p<0,05$) и IV КВ на 49,9% ($p>0,05$).

Выводы: Выявляется достоверное ($p<0,05$) снижение количества ЖЭ в течение суток на фоне приема метопролола у больных, носителей величин I-III квартилей скорости Na+-Li+-ПТ, хотя при этом и не достигается критерий эффективности (снижение общего числа ЖЭ на 70%). Обращает на себя внимание, что у больных IV КВ скорости Na+-Li+-ПТ не были достигнуты ни критерии эффективности, ни критерии достоверности снижения ($p>0,05$).

0681 ПРИМЕНЕНИЕ ФАЗОВЫХ ИЗОБРАЖЕНИЙ ПЕРФУЗИОННОЙ ОДНОФОТОННОЙ ЭМИССИОННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ИССЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ, КОТОРЫМ ПРЕДЛОЖЕНА РЕСИНХРОНИЗАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ

Остроумов Е.Н., Котина Е.Д., Слободяник В.В., Шумаков Д.В., Миронов С.В., Тонкошкурова В.В.
ФГУ НИИ Трансплантологии и ИО, Москва, Россия; Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

Цель: Для совершенствования критериев отбора больных на ресинхронизационную терапию и определения инструментальных показателей ее эффективности использовали перфузионную Однофотонную Эмиссионную Компьютерную Томографию синхронизированную с ЭКГ (Экг-ОЭКТ или gated SPECT)

Методы: 12 больным сердечной недостаточностью (III-IV ф. кл. по NYHA) резистивной к терапевтическому лечению была предложена ресинхронизационная терапия. В группу вошли больные ИБС, ДКМП и ГКМП. (КДО ЛЖ=282±107, ФВ ЛЖ=24±11%). Всем больным, помимо общепринятых исследований, выполняли Экг-ОЭКТ. Оценивали ФВ, объемы ЛЖ, изображения перфузии, движения, систолического утолщения стенки ЛЖ и фазовые изображения с количественной оценкой асинхронии включая параметры фазовой гистограммы. Кроме этого оценивали фазовые изображения и временные параметры сокращения правого желудочка. Оценка фазовых изображений проводилась с

использованием программы КАРФИ (кардиологические функциональные изображения при Экг-ОЭКТ), разработанной сотрудниками СПбГУ.

Результаты; Применение Экг-ОЭКТ позволило на этапе отбора больных исключить больных с текущим воспалением миокарда (им назначена соответствующая терапия), больных с глубоким и обширным кардиосклерозом, в том числе и в заднебоковой стенке ЛЖ.

Оставшимся 9 больным после начала ресинхронизационной терапии (первая неделя после операции) Экг-ОЭКТ выполнили повторно, а затем через 3 месяца. Спустя 3 месяца признаки сердечной недостаточности соответствовали I-II ф. кл. по NYHA.

Главным инструментальным показателем эффективности ресинхронизационной терапии в этой разнородной группе больных оказалось уменьшение стандартного отклонения на гистограмме фазового изображения миокарда ЛЖ с 83±210 до 48±270 p=0,02.

Выводы: Применение Экг-ОЭКТ с оценкой фазовых изображений, изображений перфузии, движения, систолического утолщения стенки ЛЖ позволяет не только совершенствовать принципы отбора больных, но и оценить эффективность ресинхронизационной терапии на самых ранних этапах ее применения.

0682 ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОНОТЕРАПИИ БИСОПРОЛОЛОМ У БОЛЬНЫХ ХСН С СОХРАНЕННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ

Отрохова Е.В.
ГОУ ВПО СГМА Росздрава, Смоленск, Россия

Цель: изучить клиническую и гемодинамическую эффективность длительной монотерапии β-блокатором бисопрололом без традиционной поддержки ингибиторами АПФ у больных ХСН с сохраненной систолической функцией.

Методы: у 42 больных с признаками ХСН I-III ФК NYHA и сохранной (≥40%) ФВ (в среднем 48,5±5,26%) левого желудочка (ЛЖ) исходно и через 6 мес лечения бисопрололом (конкором) в дозе 2,5-10 мг/сут оценивали динамику ФК, клиническое состояние по ШОКС В.Ю.Мареева, толерантность к нагрузкам (тест 6-мин ходьбы, ВЭМ), качество жизни по Миннесотскому опроснику, ЭхоКГ-параметры ремоделирования и центральной гемодинамики, динамику типов диастолической дисфункции (ДДФ) ЛЖ по комплексу допплеровских параметров трансмитрального диастолического и легочного венозного спектров в покое и при нагрузочных (холодовой, изометрической и Вальсальвы) пробах.

Результаты: лечение завершили 38 пациентов (2 выбыли из-за нерегулярного приема препарата, 2 – из-за НЯ). Длительная (6-мес) монотерапия конкором давала отчетливый клинический эффект: общее число больных с улучшением (исчезновение симптомов ХСН и/или переход в меньший ФК) составило 65,8%; уменьшились среднее количество баллов по ШОКС (с 4,7±1,55 до 2,9±1,49, p<0,05), ЧСС (с 74,8±10,41 до 63±6,54 в мин, p<0,05), САД (со 147,2±23,95 до 127,2±16,86 мм рт.ст., p<0,05) и ДАД (с 94,8±11,16 до 84,7±9,40 мм рт.ст., p<0,05), суммарный индекс качества жизни (с 32,7±16,79 до 19,7±15,38, p<0,05); увеличились дистанция 6-мин ходьбы (с 347±42,15 до 418,6±48,21 м, p<0,05), мощность (со 101,3±28,41 до 140,6±24,26 ВТ, p<0,05) и время (с 7,6±2,62 до 11,2±2,38 мин) нагрузки при ВЭМ. Это сопровождалось достоверным улучшением параметров центральной гемодинамики и ремоделирования: уменьшились диастолический (на 19%, p<0,05) и систолический (на 15,5%, p<0,05) объемы и масса миокарда (на 24,4%, p<0,05) ЛЖ, диастолический (на 35,4%, p<0,05) и систолический (на 41,7%, p<0,05) объемы ЛП, общее периферическое сопротивление (на 17,3%, p<0,05); увеличились ФВ ЛЖ и левого предсердия - на 22,5% (p<0,05) и 17,4% (p<0,05) соответственно. Особого внимания заслуживает замедление прогрессирования диастолических расстройств ЛЖ под влиянием терапии: если исходно 17 больных имели I (нарушение релаксации), 17 – II (псевдонормальный) и 4 - III (рестриктивный) типы ДДФ, то после лечения 5 больных имели I, 12 – II, 2 – III типы и у 19 – не было признаков ДДФ. При индивидуальной оценке динамики типов ДДФ улучшение диастолической функции ЛЖ - нормализация ее параметров и/или переход в менее тяжелый тип ДДФ отмечались у большинства больных (57,9%).

Выводы: эффективность монотерапии бисопрололом в виде улучшения клинического статуса, позитивного влияния на ремоделирование сердца и внутрисердечную гемодинамику, замедления прогрессирования диастолических расстройств ЛЖ расширяют показания к раннему назначению β-блокаторов у больных ХСН, в частности при начальной и умеренной ее стадиях (I-III ФК NYHA) и наличии сохраненной систолической функции (ФВ>40%).

0683 ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТИ НА РАННИХ СТАДИЯХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Ощепкова Е.В., Дмитриев В.А., Титов В.Н., Дугин С.Ф., Рогоза А.Н.
ФГУ РКНПК, Москва, Россия

Цель: сопоставить показатели перекисного окисления липидов (малоновый диальдегид) и антиоксидантной активности (АОА) интегрального показателя и С-реактивного белка у больных гипертонической болезнью (ГБ) на ранних стадиях.

Методы: обследовано 20 больных ГБ I-II ст, (18М, 2 Ж) умеренного и высокого риска, в возрасте 46,6±3,1 лет и 10 здоровых добровольцев с нормотензией (7М, 3Ж) сопоставимого возраста (43,9±3,6 лет) без обострения хронических воспалительных заболеваний, без перенесенных инфарктов миокарда, наличия ИБС, цереброваскулярной болезни (ЦВБ) и не ранее чем через 2 месяца после перенесенных острых респираторных заболеваний, на фоне 2 недельной отмены антигипертензивной терапии. СРБ определялся методом турбидиметрии, АОА определялась методом жидкостной хроматографии с электрохимическим детектором, малоновый диальдегид (МДА) - калориметрическим методом. 24-х часовое мониторирование АД (24-ч СМАД) проводилось аппаратами ТМ 2421 (AND). Статистический анализ осуществлялся непараметрическим методами Mann-Whitney и Spearman с применением прикладных программ STATISTICA 6.

Результаты: Показатели суточного профиля АД у больных ГБ и здоровых лиц с нормотензией составили: 24-ч САД (140,8±2,7 и 118,3±3,4 мм рт.ст; p<0,001, соответственно), 24-ч ДАД (84,8±1,6 и 73,2±2,2 мм рт.ст, соответственно). У больных ГБ определяется достоверно большее содержание МДА (2,9±0,2 и 2,1±0,2 нмоль/мг; p<0,05, соответственно) и АОА (0,109±0,005 и 0,058±0,003; p<0,001, соответственно), по сравнению со здоровыми лицами с нормотензией. Нормальные значения АОА в контрольной группе составили 0,051-0,066 (5-95%). В целом по группе больных установлена достоверная отрицательная взаимосвязь АОА с МДА (r=-0,55; p=0,07). В подгруппе больных с повышенным уровнем АОА (n=18) установлена позитивная тенденциозная взаимосвязь между АОА и СРБ (r=0,42; p=0,07).

Выводы: у больных с гипертонической болезнью на ранних стадиях (без ИБС и ЦВБ) выявлена активизация процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантной активности. Полученные результаты могут свидетельствовать об общности процессов неспецифичного воспаления, перекисного окисления липидов и антиоксидантной активности на ранних стадиях гипертонической болезни.

0684 РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ НЕКОТОРЫХ КОМПОНЕНТОВ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА И ВОПРОСЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ АНТИТРОМБОЦИТАРНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Павлова Т.В., Дупляков Д.В., Шавкунов С.А.
Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия; Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара, Россия

Успехи современной молекулярной биологии, в особенности связанные с исследованием структуры и закономерностей функционирования генома, открывают широкие перспективы их практического применения в медицине, позволяют выявить наследственную основу и молекулярные механизмы развития различных заболеваний и создать эффективную систему профилактики наиболее распространенных из них.

Цель исследования - изучение структуры полиморфизмов генов компонентов системы гемостаза (G1691A F5, G/A 20210 F 2, R353Q F7, PlA1/A2 GP IIIa, C677T MTHFR) среди пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и оценка их влияния на внутрисосудистую активность тромбоцитов.

Материал и методы В исследование было включено 99 больных. Изучаемая группа состояла из 87 мужчин и 12 женщин, средний возраст больных составил 48,2±2,13 года. Молекулярно-генетическое исследование распределения аллельных вариантов четырех детерминант, определяющих склонность к тромбофилии, включало F V (F V Leiden, G1691A F5), F II (G/A 20210 F 2), рецептора агрегации тромбоцитов GP IIb-IIIa (PlA1/A2 GP IIIa) и метилентетрагидрофолатредуктазы (C677T MTHFR). Оценка морфо-функционального состояния тромбоцитов проводилась с использованием метода, разработанного в Российском НИИ гематологии и трансфузиологии (г. Санкт-Петербург) профессором А.С. Шитиковой (1991), в основе которого лежит немедленная фиксация венозной крови раствором антикоагулянта с последующим микроскопическим исследованием кровяных пластинок под фазовоконтрастным микроскопом. Этот метод позволяет сохранять внутрисосудистую морфологию тромбоцитов и отражает их функциональное состояние в кровотоке.

Результаты: Результаты исследования свидетельствуют о значительной частоте выявления среди обследованных пациентов именно тех мутаций, которые, согласно данным литературы, способствуют раннему развитию ИБС и артериальных тромбозов – GP IIIa (PlA1/A2), MTHFR (677T/T), в то время как мутации, ассоциирующиеся с венозными тромбозами, представлены в малом количестве. В обследованной когорте гетерозиготное носительство GP IIIa (PlA1/A2) сопровождалось резистентностью к дезагрегантной терапии использованием АСК, что вызывало необходимость проведения комбинированного антитромбоцитарного лечения у пациентов с вышеназванной мутацией.

Выводы:

1. У пациентов с ИБС широко распространены следующие генетические полиморфизмы: GP IIIa (PlA1/A2) и MTHFR (C677T/T).

2. При выборе лекарственного препарата необходимо учитывать генетический статус пациента.

0685 ОККЛЮЗИИ КОРОНАРНЫХ СТЕНТОВ В ТЕНДЕРНОМ АСПЕКТЕ

Павловец В.П.
Краевая клиническая больница имени профессора СВ. Очаповского, Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Цель работы: выявление возможных причин развития окклюзии коронарных стентов у больных в зависимости от пола.

Материалы и методы: исследование проведено в Краевой клинической больнице г. Краснодара, в исследование включено 34 человека, 8 женщин, 26 мужчин. Все данные представлены в медианах и интерквартильных интервалах.

Результаты. Частота окклюзирования в обеих группах одинакова - 0,78%. Окклюзии в первой группе подвергалась передняя нисходящая артерия в 100%. Вс второй группе передняя нисходящая в 74%, огибающая - 18%, правая коронарная — 8%. В 100% случаев в обеих группах окклюзировались «непокрытые» стенты. По данным эхокардиографии преобладал эксцентрический тип гипертрофии левого желудочка.

В первой группе выявляли в 76% гипертоническую болезнь, в 33% сахарный диабет, в 77% перенесенный до стентирования Q(+) инфаркт миокарда. Для второй группы окклюзии сопутствовали в 80% гипертоническая болезнь, сахарный диабет в 30%, дислипидемия в 20%, ожирение 10%, перенесенный Q(+) инфаркт миокарда в 40%, Q(-) в 40%.

У женщин в 76% выявляли протеинурию, причем в 100% она сочеталась с гипертонической болезнью и перенесенным Q(+) инфарктом миокарда. У мужчин протеинурия выявлялась в 33% и так же специфично сочеталась с гипертонической болезнью и Q(+) инфарктом миокарда. Для пациентов обеих групп протеинурия сочеталась с эксцентрической гипертрофией левого желудочка. У всех пациентов выявлены повышенные уровни общего холестерина. При анализе проводимой после стентирования терапии выяснилось, что пациенты обеих групп не принимали гиполипидемичесие препараты, были укорочены до 3-4 месяцев курсы приема дезагрегантов, у пациентов с гипертонической болезнью прием ингибиторов АПФ был не постоянным, использовались короткодействующие препараты в режиме «по требованию».

Исходы лечения окклюзии: 49% женщин подверглись повторной ангиопластике. 38,5% прямой реваскуляризации, 12,5% погибли в связи с развитием острого повторного инфаркта миокарда с острой сердечно-сосудистой недостаточностью TII-IV по Killip. У мужчин частота повторных ангиопластик составила 60%, прямой реваскуляризации - 30%, летальность на фоне окклюзии - 10%.

Заключение. Частота оккюзирования коронарных стентов одинакова у мужчин и женщин. Тендерными особенностями окклюзирования стентов у женщин стали гипертоническая болезнь и перенесенный Q(+) инфаркт миокарда. Для женщин высокоспецифичным оказалось выявление протеинурии как маркера эндотелиальной дисфункции. У мужчин факторы риска: гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа и дислипидемия. Высокоспецифичным сочетанием стала протеинурия, гипертоническая болезнь и перенесенный Q(+) инфаркт миокарда, причем для женщин этот комплекс особенно характерен. Как у мужчин, так и у женщин значимым оказалось наличие эксцентрического типа гипертрофии левого желудочка, как признака ишемической кардиомиопатии.

0686 ВЛИЯЕТ ЛИ ВОЗРАСТ НА ПРОТЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ ПРЕДЫНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА?

Пак Ю.А.
Филиал ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН - «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель. В последние годы в кардиологии дискутируется вопрос о протективном влиянии предынфарктной стенокардии (ПС), как клинической модели феномена ишемического прекондиционирования (ИП), на течение и исход острого инфаркта миокарда (ИМ). Однако существует предположение о том, что с возрастом происходит ослабление кардиопротективных эффектов ИП. Таким образом, целью данного исследования являлась оценка влияния ПС, как клинической модели феномена ИП, на клинико-лабораторные показатели и течение госпитального периода ИМ у пациентов моложе 65 лет в сравнении с пациентами старшей возрастной группы.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 149 историй болезни пациентов находившихся на стационарном лечении в филиале НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН - «Тюменский кардиологический центр» с диагнозом ИМ (110 мужчин и 39 женщин, средний возраст 54,5±0,9 года). Все пациенты были разделены на две группы. Группа I - 124 пациента <65 лет и группа П -25 пациентов > 65 лет. Эпизоды ПС в течение 48 часов до развития ИМ отмечали 59 человек 1-ой группы и 16 человек группы П (48,4% против 56,0%, p=0,49).Сформированные подгруппы не имели статистически значимых различий по полу, локализации и глубине (Q/ne-Q) ИМ, по частоте проведения тромболизиса. Проведен сравнительный анализ частоты госпитальных осложнений, результатов лабораторных и биохимических исследований.

Результаты. В 1-й группе у пациентов с наличием эпизодов ПС госпитальные осложнения встречались значительно реже

(12% и 25%, p=0,007). Кроме того, у пациентов с наличием эпизодов ПС по данным эхокардиографии был меньшим процент асинергии миокарда (26,9±7,9% и 33,28±6,0%, p=0,001) и выше фракция выброса ЛЖ (42,5±6,8% и 39,9±6,0%, p=0,02). Наряду с этим у больных 1-ой группы с предшествующей ИМ стенокардией реже наблюдалось формирование аневризмы ЛЖ (3,2% и 12,9%, p=0»005).При анализе лабораторных показателей в группе моложе 65 лет оказалось, что у пациентов с ПС были ниже максимальные значения количества лейкоцитов в крови (9,7±3,0*109/л и 11,2±3,6*109/л, p=0,01), что косвенно может свидетельствовать о меньшем размере некротического повреждения миокарда.

В старшей возрастной группе у больных с наличием и отсутствием ПС не было выявлено достоверных различий в частоте госпитальных осложнений (28% и 12%, p=0,8) и частоте встречаемости аневризмы ЛЖ (12% и 12%, p=0,8), размере асинергии миокарда ЛЖ (35,4±7,5% и 43,9±12,4%, p=0,07), фракции выброса ЛЖ (35,5±3,7% и 33,2±3,4%, p=0,1) и в максимальных значениях лейкоцитов крови (11,8±5,5*109/л и 11,8±4,8*109/л, p=0,9).

Выводы. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что у пациентов моложе 65 лет ПС ассоциировалась с более благоприятным течением госпитального периода ИМ. Данные, полученные.в группе больных старше 65 лет, свидетельствуют об ослаблении протективного эффекта ИП у данной группы лиц.

0687 РОЛЬ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В РАЗВИТИИ НЕКОРОНАРОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МИОКАРДА

Палеев Н.Р., Палеев Ф.Н.
Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского (МОНИКИ), Москва, Россия

Около 50% всех случаев миокардит вызывают вирусы Коксаки группы В. Среди других кардиотропных вирусов - аденовирус, цитомегаловирус, значительно реже – вирусы гепатита, герпеса, ВИЧ и другие. Сродство ткани миокарда к ряду вирусов объясняется наличием на мембране кардиомиоцитов специфических рецепторов, связывающихся с вирусами, как, например, CAR (Coxsackie adenovirus receptor), обеспечивающий связь вирусов Коксаки и аденовирусов с кардиомиоцитом. Вместе с тем, попытки обнаружить вирусные частицы в миокарде у больных острым миокардитом часто остаются безуспешными.

У больных, сохранивших в крови и ткани миокарда вирусные частицы с инфекционными свойствами или же соответствующие рецепторы к инфицирующим вирусам, в дальнейшем развивается хронический инфекционный миокардит с классическим набором клинико-морфологических признаков воспаления в миокарде и формированием вторичного постинфекционного иммунодефицита.

К настоящему времени выявлена этиология многих форм рестриктивной КМП: обменно-метаболические расстройства, региональные трофические факторы, эозинофильная инфильтрация и др. В последние 6-7 лет получены данные, свидетельствующие о том, что в семьях-носителях мутаций гена, кодирующего белок промежуточных филаментов десмин, наряду с различными скелетными миопатиями, наблюдается развитие РКМП или дилатационной КМП.

Наряду с мутацией гена белка С, связывающего миозин, и расположенного на 11-ой хромосоме, мутация гена β-миозина является наиболее частой причиной развития семейной гипертрофической КМП. Отмечая выдающиеся достижения молекулярной кардиологии последних десятилетий в изучении природы ГКМП, необходимо признать, что около 40% всех генетических причин развития ГКМП все еще остаются не раскрытыми.

Доказано, что ДКМП вызвана дефектом гена дистрофина и нарушением его синтеза в КМЦ. На протяжении многих лет велась дискуссия о этиопатогенетической связи ДКМП и вирусного миокардита. Сейчас можно считать установленным сходство многих патогенетических механизмов повреждения сердечной мышцы при вирусно-иммунных миокардитах и ДКМП. Обеспечивает проникновение вируса в клетку протеиназа А, которая входит в состав энтеровирусов. Под действием протеиназы А возникает протеолиз дистрофина, что, в свою очередь, приводит к нарушению его функции и потере структурной связи саркомер-мембрана-межклеточное вещество.

Таким образом, вирусная инфекция может стать причиной развития двух заболеваний сердечной мышцы – инфекционно-иммунного миокардита и ДКМП.

0688 ЦИТОТОКСИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ЦИТОКИНОВ И ИХ РОЛЬ В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ МИОКАРДИТОМ

Палеев Ф.Н., Абудеева И.С., Палеев Н.Р.
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 и ИФН-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. 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.

0689 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, ОСЛОЖНЕННАЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ НОСОВЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Пальшина А.М., Никифорова Е.А., Лебедева Н.А., Сивцева А.И.
Медицинский институт, Якутск, Россия

Носовое кровотечение часто встречающийся симптом артериальной гипертензии (АГ). Актуальность своевременного оказания экстренной медицинской помощи при данной патологии существует всегда и сохраняется по сегодняшний день.

Целью данной работы является анализ выбора метода лечения больного АГ, осложненной рецидивирующим носовым кровотечением.

Больной П., 60 лет, доставлен в отделение оториноларингологии санавиацией. В момент поступления жалобы на кровотечение из левой половины носа, повышение АД до 190/100 мм рт.ст, шум в ушах, головокружение, зуд в носу. Из анамнеза болезни: больной страдает АГ, адаптирован к АД 130/90 мм рт.ст; гипотензивную терапию постоянно не принимал. На фоне повышения АД до 200/110 мм рт.ст началось кровотечение из левой половины носа. В участковой больнице была проведена передняя тампонада и назначены гипотензивные препараты, но кровотечение не останавливалось. В отделении больному проведена передне-задняя тампонада. Назначены: эналаприл 20 мг/сут, нормодипин 10 мг/сут., гемостатическая терапия. Спустя 3 сут. возник рецидив кровотечения. Больному проведена эмболизация верхнечелюстной артерии слева под контролем селективной ангиографии с положительным эффектом. Через сутки возник рецидив кровотечения не только слева, но и справа. При этом состояние больного ухудшилось. АД 110/70 мм рт.ст. Гипотензивные препараты отменены, перелита свежезамороженная плазма. Кровотечение приостановилось. В анализе крови отрицательная динамика в виде гипохромной анемии тяжелой степени, появления миелоцита и нормобластов, ускорения СОЭ: Hb 49 г/л, эр. 2,1 x10^{12}/л, л. 11,56 x10/л, Ht 0,17; ЦП 0,70; миелоциты 1, п-1, с-80, анизоцитоз смешанный +; гипохромия ++; нормобласт 1:100; СОЭ 70 мм./ч. Назначена гемотрансфузия одногруппной Эр-массы.

Состояние больного тяжелое. Отмечаются нарастание слабости, потливость. Развились дезориентация во времени и пространстве, двигательное беспокойство, страх. АД 90/60 мм рт.ст, пульс 128 уд. в мин.

Принято решение об оперативном лечении с целью остановки рецидивирующего носового кровотечения. Произведена операция на решетчатом лабиринте с тампонадой области решетчатой пазухи и носовой полости через верхне-челюстную пазуху с выведением конца тампона в нижний носовой ход через контрапертуру. После операции носовое кровотечение прекратилось, состояние больного стабилизировалось, самочувствие больного значительно улучшилось: АД 130/90 мм рт.ст, пульс 84 уд. в мин., прекратились интенсивные головные боли, появился аппетит.

Гипотензивная терапия проводилась под контролем АД. Больной выписан домой с рекомендациями по диете, режиму, самоконтролю за АД, наблюдении и лечении врача по месту жительства

Таким образом, в данном клиническом случае наиболее эффективным методом лечения рецидивирующего носового кровотечения явилось оперативное вмешательство с перевязкой кровоточащих сосудов.

0690 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ КОБАЛЬТ ХРОМОВЫХ СТЕНТОВ И СТЕНТОВ ПОКРЫТЫХ СИРОЛИМУСОМ.

Панин А.В., Кузнецов В.А., Зырянов И.П., Семухин М.В., Бухвалов В.А.
Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Целью ретроспективного анализа являлось: на основании полученных данных сравнить эффективность применения кобальт-хромовых стентов третьей генерации (Vision, Guidant Corp., США) и стентов с лекарственным антипролиферативным покрытием «Cypher» (Cordis, Johnson & Johnson, США), оценить отдаленные результаты, осложнения вызванные интракоронарным вмешательством с использованием стентов двух групп.

Методы. Процедура стентирования коронарных артерий выполнялась по стандартной методике. Всем пациентам назначалась двух-компонентная дезагрегантная терапия: Плавикс-75 мг/сут., Аспирин-кардио-100 мг/сут.

В основную группу вошли 234 пациента, которым была выполнена коронарная ангиопластика с использованием стентов Cypher. В контрольную-49 пациентов с имплантированными кобальт-хромовыми стентами ML Vision. Группы были сопоставимы по полу и возрасту, клиническим и ангиографическим характеристикам. Периоды наблюдения в основной и контрольной группах составили соответственно 8±4,5 и 7,2±4,9 месяца, p>0,05.

Повторная коронароангиография в течение периода наблюдения в сравниваемых группах проводилась только по клиническим показаниям, с одинаковой частотой (38% и 31,9%, p>0,05).

Результаты. Ангиографический успех в сравниваемых группах был достигнут в 100% случаев. В постоперационном периоде не было выявлено статистически значимой разницы между группами по частоте развития осложнений, в данном анализе только постпункционной гематомы. Летальных исходов при выполнении процедуры стентирования не зарегистрировано.

Непосредственные результаты в целом были сопоставимы и проявлялись в достоверном снижении функционального класса стенокардии (p=0,002) и увеличении фракции выброса левого желудочка (p=0,03). Наблюдалась тенденция к уменьшению размеров асинергии левого желудочка, правого и левого предсердий.

Частота развития ИМ в срок до восьми месяцев после имплантации стентов оказалась достоверно выше в группе ML Vision (12,2% против 2,6% p=0,002).Частота развития рестеноза по данным коронароангиографии составила 4.7%-Cypher и 6.1%-Vision и не имела статистически значимых различий

Вывод. Таким образом, непосредственные результаты применения стентов обеих групп при назначении двухкомпонентной дезагрегантной терапии сопоставимы, но значительно меньшая вероятность возникновения ИМ в периоде наблюдения показывает более высокую эффективность и безопасность стентов с антипролиферативным покрытием в терапии ИБС в сравнении с кобальт-хромовыми стентами.

0691 ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ВЫРАЖЕННОСТЬЮ АПОПТОЗА, ДОСТИЖЕНИЕМ ЦЕЛЕВОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, СКОРОСТЬЮ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ И ФУНКЦИЕЙ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Панина И.Ю., Смирнов А.В, Румянцев А.Ш., Меншутина М.А., Ачкасова В.В., Жук А.В.
ГОУ ВПО «СПБГМУ им И.П.Павлова Росздрава», Санкт–Петербург, Россия

Цель исследования: изучить динамику функции эндотелия у больных хронической болезнью почек (ХБП) с артериальной гипертензией (АГ) на протяжении 12 месяцев.

Материалы и методы. Обследовали 82 больных с ХБП 1–5 стадии, причиной которой послужил хронический гломерулонефрит, подтвержденный морфологически, вне фазы обострения. Все обследуемые получали комбинированную антигипертензивную терапию, включающую ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ). Среди обследуемых преобладали пациенты с ХБП 1-3 стадий (78% пациентов). При первом обследовании целевой уровень АД не был достигнут у 25 человек. Повторное обследование больных проводили через 12 месяцев. К этому моменту у всех наблюдаемых АД было скорригировано на рекомендуемых цифрах. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывали по формуле MDRD, концентрацию циркулирующего аннексина-А5 (А5) определяли иммуноферментным методом. Эхокардиографию с допплерографией выполняли на аппарате Vivid 7Pro, суточное кардиомониторирование на аппа-

рате «Кардиотехника:4000+АД». Тканевую перфузию исследовали методом высокочастотной ультразвуковой допплерографии (прибор «Минимакс–Доплер–К»). Реактивность сосудов кожи оценивали в функциональных пробах с ионофорезом ацетилхолина (Ах) (эндотелий–зависимая вазодилатация).

Результаты исследования. Через 12 месяцев от начала наблюдения у 55 больных (1 гр) СКФ снизилась с 48,9±4,8 до 38,7±4,3 мл/мин (p<0,01), а у 27 больных (2 гр) увеличилась с 52,1±2,9 до 70,7±3,5 мл/мин (p<0,01). Исходно в 1 гр концентрация А5 составила 2,65±0,35 нг/мл, а во 2 гр 3,9±0,43 нг/мл, p<0,05. Среднее гемодинамическое АД в 1 гр снизилось со 100,9±1,5 до 96,7±0,5, p<0,05, а во 2 гр с не изменилось (соответственно 93,8±1,9 мм рт.ст и 90,9±1,2 мм рт.ст, p>0,1). Индекс массы миокарда левого желудочка в 1 гр снизился со 126,9±5,7 г/м^2 до 117,1±5,3 г/м^2, а во 2 гр не изменился (соответственно 132,4±6,3 и 130,1±8,1 г/м^2, p>0,1). Максимальный прирост объемной скорости кровотока в сосудах кожи в % к фону в пробе с Ах в 1 гр увеличился (соответственно 136±6% и 150±7%, p<0,05), а во 2 гр снизился (соответственно 148±3% и 138±3%, p<0,05).

Увеличение СКФ в 1 гр сопровождалось снижением АД до целевых значений и уменьшением выраженности эндотелий–зависимой вазодилатации. 2 гр исходно отличалась высоким уровнем А5, сопоставимым с уровнем этого показателя при остром коронарном синдроме.

Выводы. 1. Высокая активность апоптоза может рассматриваться не только как значимый фактор риска развития сердечно-сосудистой патологии, но и как фактор риска снижения СКФ у больных ХБП.

2. Достижение целевого АД у больных ХБП ассоциируется с увеличением СКФ и улучшением эндотелий зависимой вазодилатации.

0692 ФАТАЛЬНЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА: ФАКТОРЫ РИСКА И ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТЕЛЬНЫХ ИСХОДОВ В ОСТРОМ И ПОДОСТРОМ ПЕРИОДАХ

Панова Е.И., Стронгин Л.Г., Баранов Е.А.
Нижегородская государственная медицинская академия, городская клиническая больница №5, Нижний Новгород, Россия

Цель: изучить частоту смертельных исходов у больных, госпитализированных в течение года по поводу острого инфаркта миокарда (ИМ), факторы, влияющие на неблагоприятный исход и основные причины смерти.

Методы исследования: клиническое обследование 555 больных ИМ, инструментальные (ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография грудной клетки), лабораторные (маркеры некроза миокарда, гликемия, липидограмма, мочевина, электролиты плазмы, общие анализы крови, мочи). Проведено сравнение двух групп больных: с фатальным (группа 1) и с не фатальным (группа 2) ИМ. Статистическая обработка материала выполнена с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0. Результаты представлены как среднее арифметическое значение ± стандартная ошибка средней величины (M±m). Для сравнения количественных и качественных показателей использовались критерии Манна-Уитни и χ 2.

Результаты. Смертельный исход в течение госпитализации имел место у 59 чел. (10,6%) (группа 1), чаще (43 чел.-72,9%)- в остром периоде ИМ. Эти больные отличались более старшим возрастом - соответственно 74,0±10,5 и 67,9±8,1 лет, p=0,02, преобладанием женщин-67,9 и 41,9%, p=0,04, несколько большей длительностью коронарного анамнеза-15,8±8,6 и 11,3±7,1 лет. Среди сопутствующей патологии наиболее частой являлась артериальная гипертония-100 и 84,4%. Больные 1 группы отличались большей частотой сахарного диабета 2 типа (СД) - 47,5 и 14,9%, p=0,03 и тяжелым течением ИМ. Так, у них чаще выявлялся Q-ИМ-64,3 и 41,9%, p=0,048, максимальный-IV-класс тяжести ИМ по критериям Николаевой Л.Ф. и Аронова Д.М. (1988) - 46,4 и 29,0%, p=0,01.

Сравнение показателей метаболизма, а также данных ЭхоКГ у больных с фатальным исходом ИМ в зависимости от наличия или отсутствия СД выявило ряд особенностей. При наличии СД имела место высокая гликемия при госпитализации-10,3 (8.9-12,0) и 5,9 (4,3-6,2) моль/л, p=0,001, мочевина - 14,0 (8,7-14,5) и 6,8 (4,6-8,1) моль/л, p=0,01, дислипопротеидемия-триглицериды-2,6 (2,0-3,1) и 1,8 (1,3-2,4) моль/л, p=0,03, ЛПВП-0,7 (0,4-0,9) и 1,2 (0,8-0,8-1,5) моль/л, p=0,02; ЭхоКГ выявила значительное снижение фракции выброса (ФВ) - 42,0 (39,9-46,1) и 50,3 (48,0-55,8), p=0,001, дилатацию левого предсердия (ЛП)-43,1 (38,6-41,4) и 37,5 (34,9-39,3), p=0,003, гипертрофию межжелудочковой перегородки (МЖП) - 13,2 (11,1-15,2) и 11,5 99,8-13,5), p=0,03.

Непосредственными причинами смертельных исходов в остром и подостром периодах ИМ являлись кардиогенный шок (52,5%), аритмии (24,5%), массивная тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) (10,2%), разрывы миокарда (8,5%), рецидивы ИМ с распространением некроза на правый желудочек с исходом в асистолию и кардиогенный шок (3,4%).

Выводы. Фатальные исходы ИМ в остром и подостром периодах выявлены с частотой 10,6%. Основными факторами риска являлись возраст больных старше 70 лет, женский пол, наличие СД, тяжелое течение ИМ (Q-ИМ, IV класс тяжести ИМ). Больные с фатальным ИМ при наличии СД отличались выраженными многофакторными метаболическими нарушениями, тяжелой миокардиальной патологией.

Наиболее частыми причинами неблагоприятных исходов, в основном (72,9%) в остром периоде ИМ, являлись кардиогенный шок (52,5%) и аритмии (24,5%).

0693 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ И ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Пархоменко В.В., Гаджиева Л.Р.
ГВКГ ВВ МВД России, Реутов, Россия

Цель исследования - сравнительная оценка клинического состояния и внутрисердечной гемодинамики после операций аортокоронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения и без него в раннем послеоперационном периоде.

Методы и результаты исследования: 50 прооперированных больных распределены на две группы: 23 больным выполнена операция АКШ в условиях ИК и 27 больным – на работающем сердце. Подавляющее большинство прооперированных составили мужчины, средний возраст которых около 50 лет. Клиническое состояние больных оценивалось согласно классификации NYHA, учитывались такие сопутствующие заболевания, как сахарный диабет, облитерирующий атеросклероз сонных артерий и артерий нижних конечностей, хроническая обструктивная болезнь легких. В процессе обследования больных до и после операции реваскуляризации миокарда определялся ряд клинико-инструментальных показателей. Инструментальные методы исследования включали: ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, ЭхоКГ, ВЭМ, селективную коронарную ангиографию, дуплексное исследование брахиоцефальных сосудов и сосудов нижних конечностей для оценки степени распространённости атеросклеротического поражения, лабораторные показатели, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, оценку функции внешнего дыхания.

В результате исследования не отмечено достоверных изменений локальной сократимости миокарда в раннем послеоперационном периоде. В первую очередь в этот период изменялось диастолическое наполнение левого желудочка. Достоверно наблюдалось снижение времени изометрического расслабления, что свидетельствует об улучшении расслабления миокарда ЛЖ и уменьшении его жесткости. Оценка клинического состояния свидетельствовала о том, что после АКШ в раннем послеоперационном периоде исчезали симптомы стенокардии, повышалась толерантность к физическим нагрузкам, снижались дозы назначаемых лекарственных препаратов. В ряде случаев в послеоперационном периоде не было отмечено улучшения насосной функции сердца, что, по-видимому, связано с обширным поражением коронарного русла, наличием зон «нежизнеспособного миокарда», послеоперационными осложнениями.

Выводы: у больных, имеющих исходно лучшее функциональное состояние миокарда, операция улучшает функцию ЛЖ, повышает толерантность к физической нагрузке и улучшает качество жизни. У пациентов с исходно более низким миокардиальным резервом, несмотря на реваскуляризацию миокарда, перестройка кардиогемодинамики в раннем послеоперационном периоде незначительна. В этой связи операции на работающем сердце без ИК в целом лучше переносятся больными, а ранняя активизация этих больных позволяет успешнее осуществлять профилактику развития инфекционных осложнений, послеоперационных пневмоний, эмболических осложнений.

0694 РЕОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КРОВИ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ФОРМАМИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ СОЛНЕЧНОЙ АКТИВНОСТИ

Паршина С.С., Токаева Л.К., Головачева Т.В., Долгова Е.М.
ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) остается одной из главных причин смертности населения. Многими авторами отмечена четкая связь между уровнем гелиомагнитной активности и частотой, а также исходами сердечно-сосудистых катастроф, что нередко определяется и реологическими свойствами крови.

Целью настоящей работы явилось исследование реологических свойств крови у больных первичной и вторичной формами нестабильной стенокардии (НС) II класса (по E. Braunwald) в периоды высокой и низкой солнечной активности (СА) на протяжении 11-летнего солнечного цикла.

Обследовано в период высокой СА 65 пациентов первичной и 64 больных вторичной формой НС. При низкой СА обследовано 30 больных первичной и 51 вторичной формами НС. Для оценки СА использовали среднегодовой показатель чисел Вольфа. Изучались вязкость крови (ВК) при скоростях сдвига 200 с-1, 100 с-1, 20 с-1, индекс агрегации эритроцитов (ИАЭ), индекс деформируемости эритроцитов (ИДЭ), индекс доставки кислорода тканям (Ht/η). Оценивался также реологический индекс сосудистой стенки (РИСС), определяемый как отношение ВК после манжеточной пробы (МП) к показателю ВК до МП. РИСС характеризует эндотелий-зависимую регуляцию текучести крови в условиях сосудистого спазма и свидетельствует о способности эндотелия выделять вещества, повышающие текучесть крови в условиях индуцированной ишемии.

У больных первичной формой НС при высокой СА отмечается нарастание ВК 200 с-1 и ВК 100 с-1 по сравнению с периодом низкой СА ($p<0,05$). ВК 20 с-1 не зависит от периода СА. При высокой СА ИАЭ и Ht/η ниже, а ИДЭ выше, чем в период низкой СА ($p<0,05$). РИСС более выражен в сосудах среднего диаметра (РИСС 100 с-1) ($p<0,05$). Таким образом, при увеличении СА у больных первичной формой НС нарастают ВК в сосудах крупного и среднего диаметров, при этом в сосудах среднего диаметра уменьшается способность эндотелия к выработке веществ, снижающих ВК при ишемии. Адаптационные механизмы представлены нарастанием деформируемости и снижением агрегации эритроцитов, а также стабильностью ВК в зоне микроциркуляции при увеличении СА. Срыв компенсации проявляется в увеличении тканевой гипоксии при нарастании СА.

У пациентов со вторичной формой НС при высокой СА отмечено нарастание ВК 100 с-1 и ВК 20 с-1, снижение ИАЭ и увеличение ИДЭ в сравнении с периодом низкой СА ($p<0,05$). ВК 200 с-1 и Ht/η в различные периоды СА не меняются. РИСС был достоверно выше при всех скоростях сдвига в период высокой СА в сравнении с периодом низкой СА. Следовательно, увеличение СА у больных вторичной формой НС сопровождается повышением ВК только в сосудах малого и среднего диаметров, а эндотелиальная дисфункция возрастает в сосудах всех исследуемых диаметров. Ведущими адаптационными механизмами являются повышение ИДЭ, снижение ИАЭ и сохранение Ht/η при увеличении СА.

Таким образом, у больных вторичной формой НС при повышении СА отмечается как нарастание эндотелиальной дисфункции, так и активация защитно-приспособительных механизмов (сохранение тканевой оксигенации) в сравнении с пациентами с первичной формой НС.

0695 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ТЕРАГЕРЦОВОГО ДИАПАЗОНА НА ЧАСТОТАХ МОЛЕКУЛЯРНОГО СПЕКТРА ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ СТЕНОКАРДИИ

Паршина С.С., Афанасьева Т.Н., Головачева Т.В., Киричук В.Ф., Водолагин А.В., Тупикин В.Д., Глухова Н.А., Майбородин А.В., Креницкий А.П., Водолагина Е.С.
ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия; Государственный университет им. Н.Г. Чернышевского, Саратов, Россия; ОАО «Центральный научно-исследовательский институт измерительной аппаратуры», Саратов, Россия

Целью работы: изучение клинической эффективности электромагнитного излучения терагерцового диапазона на частотах молекулярного спектра оксида азота (150,176 ... 150,664 ГГц) (ЭМИ ТГЧ-NO или ТГЧ-терапии-NO) у больных стабильной и нестабильной стенокардией, а также исследование влияния ЭМИ ТГЧ-NO на показатели гемокоагуляции и гемореологии.

Эффективность ТГЧ-терапии-NO на фоне общепринятого медикаментозного лечения проанализирована у 27 больных нестабильной стенокардией (НС) и 26 пациентов со стабильной стенокардией напряжения III ф.к. (СС). Пациенты 2-х группы сравнения (ГС) получали только стандартную медикаментозную терапию. ГС больных НС составила 32 чел., ГС больных СС – 63 чел. Курс лечения ЭМИ ТГЧ-NO включал 10 сеансов.

Изучались антиангинальный эффект, показатели гемодинамики. До и после курса лечения. оценивались внутрисердечная гемодинамика с помощью допплерэхокардиографии (ДопЭхоКГ), состояние системы гемостаза и фибринолиза, реологические свойства крови.

Установлено, что ТГЧ-терапия- NO обладает положительным антиангинальным ($p<0,05$) и антигипертензивным ($p<0,05$) эффектом у больных как СС, так и НС, в том числе и у пациентов, рефрактерных к медикаментозному лечению ($p<0,05$). ЭМИ ТГЧ-NO повышает антиангинальный эффект общепринятого лечения ($p<0,05$) на стационарном этапе независимо от формы стенокардии. У больных СС выявлено и «отсроченное» действие ТГЧ-терапии-NO: дальнейшее снижение частоты приступов стенокардии ($p<0,05$) в отдаленные сроки наблюдения. У больных НС ТГЧ-терапия-NO усиливает гипотензивное ($p<0,05$) и отрицательное хронотропное действие ($p<0,05$) медикаментозной терапии на стационарном этапе лечения.

У пациентов с НС ТГЧ-терапия-NO вызывает увеличение активности антитромбина-III ($p<0,05$) и модуляцию исходно нарушенного фибринолиза ($p<0,05$), у больных СС - снижение активности прокоагулянтов ($p<0,05$), в том числе содержания фибриногена ($p<0,05$), и агрегационной активности эритроцитов ($p<0,05$).

Больные стенокардией с сопутствующей артериальной гипертензией обладают различной чувствительностью ($p<0,05$) к ТГЧ-воздействию, что требует сокращения времени сеанса у высокочувствительных пациентов. Отрицательного влияния ЭМИ ТГЧ-NO на параметры внутрисердечной гемодинамики по данным ДопЭхоКГ не выявлено, что свидетельствует о безопасности его использования при СС и НС.

Таким образом, ТГЧ-терапия-NO является эффективным и патогенетически обоснованным методом, применение которого целесообразно в комплексной терапии больных стабильной и нестабильной стенокардией.

0696 СЕЗОННЫЕ БИОРИТМЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Паршина С.С.
ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия

Цель исследования: изучение сезонных биоритмов эндотелиальной дисфункции у больных нестабильной стенокардией (НС).

Обследовано 285 больных (НС). II класса (по E. Braunwald). Группы контроля (по сезонам) составили 98 практически здоровых лиц. Для определения функциональной способности эндотелия использовалась манжеточная проба (МП). Изучались антикоагулянтная (АКАСС) и фибринолитическая (ФАСС) активность сосудистой стенки, а также реологический индекс сосудистой стенки (РИСС), характеризующий эндотелий-зависимую регуляцию текучести крови в условиях сосудистого спазма. РИСС, определяется как отношение вязкости крови (ВК) после МП к показателю ВК до МП. Исследуется ВК при 3-х скоростях сдвига: 20 с-1, 100 с-1, 200 с-1, что позволяет охарактеризовать функцию эндотелия сосудов мелкого, среднего и крупного диаметров соответственно.

АКАСС у пациентов с НС стойко снижена в сравнении с показателями контроля на протяжении всего года ($p<0,05$), что позволяет считать уменьшение выработки эндотелием сосудов антитромбина-III сезонно-независимым патогенетическим фактором гемокоагуляционных нарушений. Вместе с тем отмечено нарастание АКАСС в летнее время в сравнении ($p<0,05$) с зимним и весенним периодами. В зимнее время выявлено истощение эндотелиальных резервов антитромбина-III (АКАСС<1). Межсезонных различий и нарушения ФАСС у больных НС не обнаружено ($p>0,05$).

Межсезонных различий РИСС в группе здоровых не выявлено, что свидетельствует о хронорезистентности данного параметра. У больных НС хронорезистентность РИСС теряется: хотя межсезонных колебаний РИСС 20 с-1, 100 с-1 и 200 с-1 в зимний, весенний и осенний периоды не выявлено ($p>0,05$), в летнее время отмечено наиболее выраженное неблагоприятное повышение РИСС 20 с-1, 100 с-1 и 200 с-1 ($p<0,05$) по отношению к остальным сезонам.

Нарушения РИСС в сравнении с группой контроля имеют сезонные особенности. В зимний, весенний и осенний периоды РИСС частично сохранен: в зимнее время года – в сосудах мелкого и среднего диаметров ($p>0,05$ с контролем), весной – в сосудах среднего диаметра ($p>0,05$ с контролем), осенью – в сосудах среднего и крупного диаметров ($p>0,05$ с контролем). Полученные данные свидетельствуют о диссоциации функционирования эндотелия в сосудах различного диаметра в зимнее, весеннее и осеннее времена года у больных НС.

Летом отмечено нарушение РИСС в сосудах всех диаметров ($p<0,05$ с контролем), что и является причиной микроциркуляторных нарушений, поскольку реологические нарушения у больных НС в этот период, согласно нашим данным, отсутствуют.

Сезонные колебания РИСС и АКАСС являются компенсаторными: в зимнее время года истощение АКАСС сочетается с сохранением РИСС 20 с-1, а в летний период максимальное повышение РИСС сопровождается минимальным (за все сезоны) нарушением АКАСС.

Таким образом, различные компоненты эндотелиальной дисфункции имеют собственные сезонные биоритмы, что позволяет частично компенсировать нарушение функциональной способности сосудистого эндотелия у больных НС.

0697 ВЛИЯНИЕ НИКОТИНА НА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ В ПОПУЛЯЦИОННОМ ИССЛЕДОВАНИИ

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

Цель исследования: Изучить ассоциации интенсивности курения с офисным, «домашним» и амбулаторным АД.

Материалы и методы: Обследована рандомизированная выборка жителей г.Новосибирска. Проводили суточное мониторирование АД, осуществляли измерения АД и величины пульса в клинических и домашних условиях, рассчитывали пульсовое АД (ПАД). Использовали стандартизованные опросники.

Результаты: Настоящее исследование, отражая современный взгляд на изучаемую проблему, позволяет констатировать, что воздействие прогрессирования интенсивности курения на показатели АД характеризуется повышением офисного САД, «домашнего» САД, 24-часового САД, дневного САД, ночного САД, офисного ПАД, «домашнего» ПАД, 24-часового ПАД, дневного ПАД, ночного ПАД. В то же время отмечается положительная интеграция офисной величины пульса с приростом числа выкуриваемых сигарет. Полученные данные свидетельствуют о преобладании среднесуточной и «домашней» величины пульса у курящих обследованных в отличие от некурящих. С привычкой курения оказались сопряженными среднесуточная величина пульса, дневная величина пульса и ночная величина пульса, наглядно демонстрируя их увеличение у мужчин, подверженных воздействию никотина, в сравнении с лицами, не имеющими пристрастия к курению. Рассматривали значимость наличия никотиновой зависимости в разных возрастных категориях. Таким образом, в группе <40 лет приверженность курению ассоциировалась с повышением показателей «домашнего» САД, 24-часового САД, дневного САД, ночного САД, офисного ПАД, «домашнего» ПАД, 24-часового ПАД, дневного ПАД, ночного ПАД. Выяснили, что в возрасте ≥40 лет влияние никотина потенцирует возрастание среднесуточной величины пульса, ночной величины пульса у курящих пациентов по сравнению с некурящими. Стратифицировали производимые вычисления в соответствии с клинической манифестацией АГ. Следует подчеркнуть важность повышения «домашнего» САД, 24-часового САД, дневного САД, «домашнего» ПАД, 24-часового ПАД, дневного ПАД, ночного ПАД в нормотензивной группе у курящих обследованных <40 лет в отличие от некурящих. Комментируя тщательные расчеты, акцентируем внимание на более высоких показателях офисного САД, 24-часового САД, дневного САД, офисного ПАД у курильщиков в группе больных с диагностированной АГ в возрасте <40 лет по сравнению с лицами, не находившимися под влиянием вредного фактора. Статус курения оценивали у обследованных с верифицированной АГ и в возрасте ≥40 лет, установив достоверное доминирование показателей дневного ДАД, среднесуточной величины пульса, дневной величины пульса, ночной величины пульса у лиц, подверженных никотиновой зависимости, по отношению к пациентам, не злоупотребляющим негативной привычкой.

Заключение. Результаты проведенного анализа с учетом однонаправленных данных предыдущих эпидемиологических исследований подтвердили гипотезу решающего эффекта никотина на прогнозирование в комплексной оценке сердечно-сосудистой заболеваемости, усугубление сформировавшейся ранее патологии, генерируя, с точки зрения принципов доказательной медицины, практические рекомендации отказа от курения, добиваясь достижения целевых уровней АД и профилактируя возникновение сердечно-сосудистых осложнений.

0698 ЛОГИТ-РЕГРЕССИОННАЯ МОДЕЛЬ ВЕРОЯТНОСТИ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ

Пензякова М.В., Хохлунов С.М.
СОККД, Самара, Россия

Цель. Изучение факторов, влияющих на неблагоприятное течение ишемической болезни сердца у пациентов, перенесших острый коронарный синдром без подъема сегмента ST.

Методы исследования. В исследование пятилетнего прогноза включены 117 больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST с исходом в нестабильную стенокардию и не имевших при поступлении ишемических изменений на

электрокардиограмме. Пациенты разделены на 2 подгруппы – первая - со стенокардией напряжения в анамнезе (94 пациента, 80,3%), вторая – с впервые в жизни возникшими болями в груди (23 пациента, 19,7%). У 48 (67,6%) больных первой группы в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда (χ^2= 18,5; p<0,0001). Конечными точками исследования были летальные исходы, инфаркт миокарда, а также ухудшение состояния, связанное с прогрессированием стенокардии и сердечной недостаточностью.

Результаты. Из 47 человек, имевших в анамнезе инфаркт миокарда, повторный инфаркт перенесли 7 человек, из 70 пациентов, не имевших инфаркт миокарда у 4 в течение 5 лет случился инфаркт миокарда (χ^2=3,33, p=0,049). Летальность составила: 5 пациентов в группе с нестабильной стенокардией, не было умерших в течение 5 лет в группе с впервые возникшей стенокардией (χ^2=16,3, p=0,001). Прогрессирование сердечной недостаточности из I в НПА и НПб произошло у 24 из 65 пациентов в группе со стенокардией в анамнезе и ни у кого с впервые возникшим болевым синдромом в груди (χ^2=16,3, p=0,023). Отсутствие клиники стенокардии выявлено у 24 (40,1% пациентов со стенокардией напряжения в анамнезе, из них АКШ выполнено у 5 пациентов. У 16 (69,6%) больных в группе с впервые возникшим болевым синдромом в груди в последующие 5 лет нет приступов стенокардии. В целом взаимосвязь вероятности формирования неблагоприятного течения ИБС с концентрацией ЛПНП с высокой степенью статистической значимости (χ^2=32,2, P=0,000) описывается логит-регрессионной моделью. В данном фрагменте нашей работы с одной стороны это вероятность формирования неблагоприятного течения заболевания, с другой — концентрация ЛПНП в крови пациента. Найденная зависимость статистически достоверно описывается следующим уравнением логит-регрессии:

$$ВП=\frac{e^{-6,65+0,04\cdot ЛПНП}}{1+e^{-6,65+0,04\cdot ЛПНП}},$$

где: ВП – вероятность отрицательной динамики, е – основание натурального логарифма, ЛПНП – уровень ЛПНП мг% в сыворотке крови.

Выводы. В изучаемой группе больных инфаркт миокарда в течение 5 лет чаще происходит у пациентов с имевшимся инфарктом миокарда в анамнезе, летальность и прогрессирование сердечной недостаточности выше у больных с имевшейся ранее стенокардией. В группе с впервые возникшим болевым синдромом в груди, не сопровождавшихся ишемическими изменениями на электрокардиограмме, пятилетний прогноз благоприятен.

0699 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШУЮ СТЕНОКАРДИЮ

Пензякова М.В., Хохлунов С.М.
Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара, Россия

Цель исследования: изучение факторов, влияющих на неблагоприятное течение ишемической болезни сердца у пациентов с впервые возникшей стенокардией.

Методы: В исследование включено 38 пациентов, в том числе 32 мужчин, 6 женщин, поступивших в экстренном порядке в кардиологическое отделение по поводу впервые возникших болей за грудиной, в области сердца, по характеру соответствующие ангинальным и без ишемических изменений на электрокардиограмме. Средний возраст 52 года у мужчин, 57 у женщин. Пациентам проводилось общее физикальное обследование, ЭхоКГ, нагрузочные пробы-велоэргометрическая или чреспищеводная стимуляция, а так же коронарография. Пациенты разделены на 2 группы: первая – со значимыми стенозами коронарных артерий (65-100%) и без изменений коронарных артерий. Обе группы сравнимы по проводимой терапии в стационаре.

Результаты: В первой группе пациенты достоверно чаще жаловались на снижение толерантности к физической нагрузке, во второй болевой синдром чаще возникал при психо-эмоциональной нагрузке (χ^2=13,4, p=0,01). Не было различий по количеству ишемических реакций при выполнении нагрузочных проб (χ^2=0,11, p=0,735) и суточного мониторирования ЭКГ (χ^2=0,89, p=0,642). Уровень гомоцистеина крови в группе со значимыми поражениями коронарных артерий уровень гомоцистеина крови составил 14,55 umol/l и 9,97 umol/l во второй группе (p=0,02).

Выводы: по полученным результатам можно предположить, что в изучаемой группе пациентов наиболее значимыми факторами выявления стенозов коронарных артерий является характер ангинальных болей, повышенный уровень гомоцистеина крови.

0700 ЛИМФОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНАЯ АДГЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ПРИ КЕТОАЦИДОЗЕ

Перевалова Е.Б., Говорин А.В., Муха Н.В.
ГОУ ВПО Читинская Государственная Медицинская Академия, Чита. Россия

Цель: определение уровня лимфоцитарно-тромбоцитаной адгезии у больных сахарным диабетом 1 типа при кетоацидозе в динамике.

Методы исследования: обследовано 3 группы пациентов: 1 группу составили 12 больных (средний возраст – 26 лет) с впервые выявленным сахарным диабетом 1 типа в стадию декомпенсации, 2 группу – 14 пациентов (средний возраст – 32 года) с кетоацидозом со средним стажем заболевания 6 лет, 3 группу – 27 больных в стадию компенсации (средний возраст 29 лет, средний стаж заболевания 7 лет). В контрольную группу были включены 15 здоровых лиц, сопоставимые по возрасту. Состояние лифоцитарно-тромбоцитаной адгезии (ЛТА) изучали по методу Витковского Ю.А. и соавт. (1999г).

Результаты: В 1-е сутки кетоацидоза уровень ЛТА составил 12,1% среди пациентов с впервые диагностированным заболеванием, что было достоверно ниже такового во 2-й группе (17,6%, p<0,05). На 5-е сутки данные изменения сохранялись: уровень ЛТА 10,6% и 17,8% в 1-й и 2-й группах соответственно, p<0,01. На 10-е сутки показатель ЛТА среди пациентов 2-й группы снизился до 13,9% и был сопоставим с таковым в 1-й группе (12,3%, p>0,05). В группе больных с компенсированным заболеванием показатель ЛТА составил 10,9%, что не отличалось от пациентов 1-й группы. По сравнению с больными 2-й группы в 1-е, 5-е сутки уровень ЛТА был достоверно выше, чем в 3-й группе (p<0,05); на 10-е сутки он снижался до 13,9% и не отличался от такового в 3-й группе. Во всех исследуемых группах индекс ЛТА был достоверно выше, чем у здоровых лиц (7,6%, p<0,05).

Заключение: у пациентов с сахарным диабетом 1 типа, осложнённым кетоацидозом, выявлено усиление лимфоцитарно-тромбоцитарной адгезии, наиболее выраженное у больных со стажем заболевания в течение первых пяти суток госпитализации.

0701 СОСТОЯНИЕ СИСТЕМНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ЛИЦ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Перекальская М.А., Макарова Л.И, Вихман Е.А., Махмудян Д.А.
Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель: изучить связь отдельных проявлений недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) с показателями гемодинамики; выявить особенности течения артериальной гипертензии (АГ) и гипотензии у пациентов с НДСТ, а также факторы, предрасполагающие к их развитию.

Методы исследования: обследованы 192 пациента с НДСТ (из которых 63,1% имели АГ 1-2 степени и 36,9% – артериальную гипотонию) с использованием клинических, функциональных, ультразвуковых, рентгенологических методов исследования.

Полученные результаты: выявлена связь проявлений НДСТ и гемодинамических параметров: подгруппы пациентов с ДХЛЖ, с ПМК имели более низкие показатели дневного и ночного АД,

однако в подгруппе с ПМК и митральной регургитацией отмечены достоверно более высокие цифры диастолического АД, размеры ЛП и ПЖ по сравнению с теми, у кого регургитация не выявлялась. У имевших нефроптоз был выше уровень дневного диастолического АД; показатели сердечного выброса у больных с нефроптозом были меньше, а периферического сосудистого сопротивления - больше по сравнению с теми, кто не имел нефроптоза.

Основные отличия подгрупп больных с АГ и с артериальной гипотонией состояли в следующем: больные с АГ были старше, имели большую длину, массу и индекс массы тела, в анамнезе у них чаще отмечены травмы черепа, чаще выявлялись патология шейного отдела позвоночника и нейроэндокринно-обменные нарушения. Среди больных с артериальной гипотонией большинство составляли женщины; они достоверно чаще имели астеническую конституцию и артериальную гипотензию в семье по сравнению с группой с АГ. В то же время обнаружено, что уровни наследственной отягощенности по АГ у больных с АГ и артериальной гипотонией не различались (80% и 75%); больные с АГ и больные с артериальной гипотонией не имели достоверных различий по показателям сердечного выброса и периферического сопротивления. Эти данные могут быть объяснены общностью механизмов наследственно-обусловленной гемодинамической перестройки как при АГ, так и при артериальной гипотонии. Исследование особенностей течения АГ при НДСТ показало, что у 18% женщин АГ сформировалась на основе предшествующей гипотензии. У больных с НДСТ гипертензия чаще всего имела лабильный характер, при этом у половины больных с АГ при повышении АД наблюдался преимущественный рост ДАД со снижением пульсового АД.

Выводы: 1. Проявления НДСТ связаны с гемодинамическими параметрами: отмечены более низкие цифры АД при ПМК без регургитации и ДХЛЖ; более высокие – при ПМК с регургитацией и нефроптозе.

2. Факторами, оказывающими влияние на формирование АГ при НДСТ, являются сравнительно большие морфометрические характеристики и церебральная дисфункция.

3. Обнаружена общность гемодинамической модели АГ и артериальной гипотонии, выявлена возможность трансформации гипотензии в АГ.

0702 ПРИМЕНЕНИЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОСЛЕ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА В ОСТРЕЙШЕМ ПЕРИОДЕ ПЕРВИЧНОГО КРУПНООЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Перминов М.Г. Шимкевич А.М., Шабанов А.А., Жовмир Н.Г., Кокотова Е.П., Бабич Н.Н.
ГУЗ СО Клинико - диагностический центр «Кардиология», Екатеринбург, Россия

Цель: выявить процент окклюзии «инфарктзависимого» сосуда в группах сравнения; доказать необходимость проведения ЧКВ после предшествующей ему ТЛТ; выявить медико-экономическую целесообразность комбинации ЧКВ и ТЛТ при лечении первичного ОИМ с зубцом Q.

Методы исследования: В исследование вошло 115 пациентов с первичным ОИМ с зубцом Q получивших экстренную помощь в лаборатории катетеризации сердца ГУЗ СО «КДЦ Кардиология» в период с 1 января по 31 сентября 2007 года. Среди них мужчин 80, женщин 35. Все пациенты разделены на две группы: с предшествующей ЧКВ тромболитической терапии (n=42), возраст 40-78 лет, и с первичным ЧКВ (n=73), возраст 34-78 лет. Диагноз верифицирован клиникой, динамикой ЭКГ, лабораторными данными: КФК, МВ – КФК, тропонинами. Время от начала болевого приступа до ТЛТ не более 12 часов, время от начала болевого приступа до ЧКВ не более 24 часов.

Результаты: В группе исследования многососудистая патология выявлена у 88 человек (76,5%), гемодинамически значимый стеноз только одного сосуда у 15 пациентов(13,1%), окклюзия только одного сосуда у 10 (8,7%), отсутствие гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий у 2(1,7%) по одному в каждой группе исследования. Характер поражения коронарных сосудов в группах исследования не имеет статистически значимых различий ($p<0,05$). Окклюзия «инфарктзависимой» артерии по данным КАГ в группах исследования к моменту проведения ЧКВ сохраняется у пациентов с предшествующим системным тромболизисом в 8 случаях 19%, а у пациентов с первичным ЧКВ в 44 случаях 60,2% ($p>0,05$). Стенты имплантированы: в группе с предшествующим ЧКВ системным тромболизисом 34 пациентам или 80,1%; в группе с первичной ЧКВ 63 или 86,3% ($p<0,05$), в то время число имплантированных стентов в группе без предшествующей ТЛТ было статистически значимо больше, так как 2 пациентам стенты были имплантированы в 2 сосуда ($p>0,05$).

Выводы: Тромболитическая терапия должна сопровождаться КАГ, так как после проведения ТЛТ в 19% случаев сохранялась окклюзия «инфарктзависимого» сосуда, а число пациентов нуждающихся в имплантации стента статистически не доставерно отличалось от группы с первичным ЧКВ. Предшествующая ЧКВ тромболитическая терапия по данным данного исследования позволяет уменьшить число имплантированных стентов ($p>0,05$), а следовательно, уменьшить затраты на стационарное лечение и постинфарктную реабилитацию.

0703 УРОВЕНЬ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА-b1 И ПОКАЗАТЕЛИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Першина Е.С., Старченко Т.Г., Коваль С.Н., Крахмалова Е.О.
ГУ «Институт терапии имени Л.Т. Малой АМН Украины», Харьков, Украина

Цель работы - изучить уровень трансформирующего фактора роста - β1 в крови больных ГБ с СД 2 типа и без него и проанализировать его в взаимосвязи с толщиной КИМ общих сонных артерий.

Методы. Обследовано 56 больных ГБ II стадии. У 33 пациентов имел место СД 2 типа, у 23 больных нарушений углеводного обмена выявлено не было. Из них 15 мужчин и 18 женщин. Средний возраст составил (46,3±4,3) года. В группу сравнения вошли 23 больных ГБ без СД 2 типа (12 мужчин и 11 женщин), средний возраст (51,6±3,2) года. Контрольную группу составили 13 практически здоровых лиц (8 женщин и 5 мужчин, средний возраст составил (38,2±2,4) года. У всех больных определяли уровень ТФР - β1 в крови иммуноферментным методом (“DRG Instruments GmbH“, Germany). Толщину КИМ оценивали при проведении допплерографии на аппарате LOGIQ 5, GE (USA). За увеличение толщины КИМ принимали ее значение > 1 мм.

Результаты и их обсуждение. Обнаружено статистически достоверное повышение уровня ТФР - β1 у больных ГБ, как в сочетании с СД 2 типа (14,2±1,1) нг/мл, так и без него - (11,5±1,2), по сравнению с практически здоровыми лицами (7,12±1,1) нг/мл, ($p<0,05$). При этом уровень данного фактора был достоверно выше в группе больных ГБ с СД 2 типа, чем в группе больных ГБ без СД ($p<0,05$).

При анализе различий уровней ТФР - β1 у обследованных больных в зависимости от наличия или отсутствия утолщения КИМ получены следующие данные. В группе больных ГБ с СД 2 типа уровни ТФР - β1 были достоверно выше у лиц с утолщением КИМ (15,6±1,2) нг/мл в сравнении с пациентами с нормальной КИМ - (10,9±1,1) нг/мл, $p<0,05$. При этом у больных ГБ без СД 2 типа достоверных различий уровней ТФР - β1 у лиц с увеличенной толщиной КИМ не обнаружено.

Выводы. Установлена активация продукции ТФР - β1 у больных ГБ. При этом, наиболее выраженное повышение уровня ТФР - β1 в крови обнаружено у больных ГБ в сочетании с СД 2 типа и наличии утолщения КИМ, что может свидетельствовать о вовлеченности данного ростового фактора в ремоделирование сосудов у этих больных.

0704 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ АТАКАНДОМ И ЭНАЛАПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Петелина Т.И., Гапон Л.И., Стукалова Т.Г.
Филиал ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель работы: изучение влияния терапии атакандом и эналаприлом на показатели суточного мониторирования артериального давления (СМАД), упругости сосудистой стенки и параметры перекисного окисления липидов у больных артериальной гипертонии (АГ) с абдоминальным ожирением (АО).

Материал и методы: Обследовано 25 пациентов с мягкой и умеренной АГ в сочетании с абдоминальным ожирением (1гр. 15 человек – принимали атаканд (кандесартан) «Astra-Zeneca» (16 мг/сут), 2 гр. 10 пациентов – эналаприл, 20 мг/сут. Обе группы сопоставимы по возрасту (44,68±1,02), стажу АГ, ИМТ, по офисному и среднесуточным показателям систолического и диастолического АД. Обследование проводилось на чистом фоне и через 4 недели терапии.

Суточное мониторирование АД (СМАД) проводилось на аппарате АВРМ-04 венгерской фирмы Meditech. Скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) изучалась с использованием программного модуля «Поли-спектр – ФС» (Россия). Определяли показатели на каротидно-феморальном (эластический тип артерий) и на каротидно-радиальном (мышечный тип артерий) сегменте (Сэ и См, соответственно), высчитывали модуль упругости по артериям эластического (Еэ) и мышечного (Ем) типов. Состояние перекисного окисления липидов (ПОЛ) оценивалось по влиянию на диеновые конъюгаты (ДК), малоновый диальдегид (МДА), показатель антирадикальной защиты - супероксидисмутазу (СОД).

Результаты: Хороший гипотензивный эффект в 1 гр. составил по САД 61%, по ДАД 67%, во 2 гр. 52% и 64%. Целевой уровень достигли 62% и 61% пациентов, соответственно. По результатам СМАД выявлено достоверное снижение в обеих группах ($p<0,05$) среднесуточного, среднедневного, средненочного САД и ДАД; индекса нагрузки временем и площадью САД и ДАД; среднедневного двойного произведения (ДП). В 1 гр. больных, получающих атаканд, дополнительно зарегистрировано достоверное ($p<0,05$) повышение процента лиц с адекватным суточным индексом (группа dipper СИ 10-22%), снижение скорости утреннего подъема (СУП) ДАД. Через 4 недель терапии в 1 группе пациентов выявлено достоверное снижение повышенных исходно показателей Сэ (м/с) и Еэ ($1000*дин/см^2$) (9,59±0,45/ 8,72±0,22; 11,4±0,37/ 9,35±0,33, соответственно). Параллельно выявленным изменениям СМАД, СРПВ в 1 гр. больных, зарегистрировано ($p<0,05$) снижение уровня МДА, повышение уровня СОД ($p<0,05$). Выявлены корреляционные взаимосвязи ($p<0,05$) показателей САД и ДАД, индексов нагрузки АД , Сэ с уровнем МДА.

Выводы: Отмечена высокая эффективность атаканда и эналаприла на показатели СМАД. Увеличение процента лиц с адекватным СИ, снижение СУП, нормализация параметров СРПВ дает возможность использовать атаканд для профилактики церебральных и кардиальных осложнений АГ. Достоверное снижение уровня продуктов ПОЛ, повышение активности СОД на фоне нормализации показателей СМАД свидетельствует о наличии у атаканда мембранно-клеточного механизма коррекции АД.

0705 ОПЫТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ВЫБОРА ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ ВИДОВ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ИБС

Петерс З.Г., Баталин В.А., Бешенцева И.М.
ГУЗ «Оренбургская областная клиническая больница», ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Оренбург, Россия

Цель исследования: изучение объема медицинской помощи пациентам ИБС, госпитализированным в кардиологическое отделение в 2007г.

Методы: из 1188 пациентов, госпитализированных в течение года 72,1% (n=856) составили пациенты с ИБС, подготовка к коронароангиографическому исследованию проводилось каждому второму (49,8%).

Результаты: из 426 обследованных женщины составили 23,6% (n=202), мужчины 76,4% (n=654), в возрасте до 60 лет 77,1%, причем 14,14% до 44 лет. По данным клинического обследования с учетом сердечно-сосудистого заболевания на 1 пациента пришлось 4,12 заболеваний. Из сопутствующих заболеваний 68,1% пациентов имели неврологическую патологию, поражение желудочно-кишечного тракта 64,1%, опорно-двигательного аппарата 30,7%, хроническая обструктивная болезнь легких наблюдалась в 25,5% случаев. Нарушение углеводного обмена определялось у каждого шестого, причем сахарный диабет II типа в 94,7% случаев. Из всех случаев ИБС 552 (64,8%) имели в анамнезе инфаркт миокарда. ХСН определялась в 93,5% случаев, включая IIа стадию в 47,78% случаев, в 9,23% случаев IIб, 1,87% СН III. По результатам ангиографического исследования в 59,4% было выявлено трехсосудистое поражение коронарных артерий. По результатам клинического обследования, включая ангиографические критерии, определяли оптимальный способ лечения ИБС. В 341 случае были рекомендованы различные методы реваскуляризации миокарда: у 198 пациентов – хирургическая реваскуляризация, в 143 случаях – интервенционные технологии. Неотложные показания определяли целесообразность применения высокотехнологичных методов лечения в настоящую госпитализацию 207 пациентам (24,2%), в том числе баллонную ангиопластику со стентированием 61 человеку и 146 – кардиохирургическую реваскуляризацию.

Выводы:

1. В 2007 году высококвалифицированную кардиологическую помощь получили 1188 пациентов, из них 586 (72,1%) были больные ИБС.
2. Наибольшую группу составили мужчины (76,4%) и лица трудоспособного возраста (63,0%), работающие (31,5%).
3. Следует отметить позднюю диагностику ИБС в ЛПУ области, а возможно и несвоевременное обращение пациентов за медицинской помощью, так как 64,8% уже перенесли инфаркт миокарда, из которых большая часть имели ХСН.
4. Выбор высоких технологий зависит от результатов клинического обследования, включая состояние сопутствующей патологии, результатов коронароангиографии.
5. При организации медицинской помощи пациентам с ИБС следует учитывать, что использование высокотехнологичных методов обследования и лечения возможно при своевременном направлении пациентов с ИБС, особенно лиц трудоспособного возраста с предварительной ранней диагностикой ИБС в лечебно-профилактических учреждениях области.

0706 ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ШКОЛЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ

Петрищева А.В., Петрищева Г.П., Рямзина И.Н.
ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава, Пермь, Россия

Большая распространенность хронической сердечной недостаточности (ХСН) требует более пристального внимания к вопросам профилактики, раннему выявлению и коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Эта задача практически неразрешима без активного участия самого пациента в лечебном процессе. Достижение желаемого сотрудничества возможно при условии объяснения кардиологическим больным сущности их заболевания, целей постоянного лечения, обучения самоконтролю своего состояния. Эту работу и призваны выполнять Школы здоровья.

Цель: изучить возможность организации Школы для пациентов в реальных условиях дневного стационара муниципальной

поликлиники; выявить мотивацию пациентов к улучшению знаний о своем заболевании, более активному сотрудничеству с врачами.

Методы: в течение месяца было проведено 2 цикла занятий Школы для пациентов с ХСН, включающих 5 уроков в дневном стационаре муниципальной поликлиники г. Перми. Для рационального использования Школы в условиях ограниченного коечного фонда дневного стационара потребовалось согласованность с поликлинической службой по госпитализации кардиологических пациентов. Всего посетили занятия 18 человек, все женщины, некурящие, страдающие гипертонической болезнью, в 13 случаях в сочетании с ИБС, в 5 – с сахарным диабетом. Количество посещенных уроков составило в среднем 4,56±0,70. Все пациентки были обследованы с целью выявления факторов риска ССЗ с дополнительным проведением теста 6-минутной ходьбы, оценки психологического статуса с использованием анкет (госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии (HADS), опросник депрессии Бека, Миннесотский опросник качества жизни больных с ХСН (MLHFO).

Результаты: средний возраст пациенток составил 60,88±7,42. Выявлены следующие факторы риска ССЗ: средние величины индекса массы тела - 29,07±5,79, глюкозы - 6,28±3,3 ммоль/л, общего холестерина – 5,04±1,34 ммоль/л превышали целевые значения. Дистанция при проведении теста 6-минутной ходьбы в среднем составила 398,57±85,58 м, что соответствует II функциональному классу ХСН. Депрессивные состояния (опросник Бека) установлена у 3 пациенток. Психологические проявления тревоги и депрессии по шкале HADS выявлены у 9 человек: на субклиническом уровне тревоги у 7, депрессия – у 5 занимающихся в Школе, клинически выраженные симптомы тревоги были у 2, а депрессии – у 4 пациенток. Повышенный уровень тревоги мог послужить поводом для посещения занятий в Школе. Выявлена достоверная ($p<0,03$) положительная корреляция между депрессией (HADS) и индексом массы тела. Качество жизни (MLHFO) показало достоверную отрицательную корреляцию ($p<0,04$) с возрастом пациенток и дистанцией, пройденной в тесте 6-минутной ходьбы ($p<0,02$).

Выводы: 1. Условия дневного стационара обеспечивают организацию работы Школы для пациентов с ХСН. 2. Пациенты проявляют заинтересованность в занятиях. 3. Эффективность Школы должна оцениваться в динамике.

0707 ДОСТУПНОСТЬ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ (по материалам анкетирования)

Петрова А.В., Фрейдлин М.С.
Клинико-диагностический центр "Кардиология", Екатеринбург, Россия

Цель исследования: выяснить информированность пациентов и возможность получить квалифицированную кардиологическую помощь по месту жительства.

Методы исследования: Были разработаны анкеты – опросники, которые заполняли пациенты, выбиравшие один вариант ответа на вопрос из нескольких предложенных.

На вопросы анкеты ответили 400 пациентов, из них 389 пациентов (97,3%) жители г. Екатеринбурга; 11 пациентов - жители области. Всего мужчин 47,5%, женщин 52,5%. Распределение больных по районам г.Екатеринбурга было практически равномерным. На специализированный кардиологический прием чаще направлялись пациенты пожилого возраста, причем в сравнении с 2000 годом значительно возросло количество пациентов в возрасте 70 лет и более - 33,4%, (в 2000г-15,3), и снизилось количество пациентов в возрасте 40–49 лет - 10,7% (2000 год – 15,4%); 50–59 лет - 22,8% (2000 год – 33,5%.).

Результаты: анкетирование подтвердило плохую оснащенность поликлиники и, в связи с этим, низкие возможности обследования и диагностики кардиологических больных. ВЭМ проба проводилась только - 1,3% больных, ЭхоКГ обследование по месту жительства оказалось доступным - 30,7%. Лишь 6,5% указали на возможность исследования холестерина. Видимо, на доступности исследований сказалась и стоимость услуг. ВЭМ проба, ЭКГ-мониторирование по Холтеру, суточное мониторирование АД -100% платные услуги. ЭхоКГ и исследование липидного спектра – 90% платно, ЭКГ – 70% платных услуг. Электрокардиография по-прежнему является единственным доступным методом исследования для 100% больных (наиболее дешевое исследование), но зачастую электрокардиаграммы расшифровываются не в день исследования, а значительно позже. Средний срок расшифровки ЭКГ – 1 неделя. Контроль АД опрошенные пациенты осуществляли следующим образом: 63,0% регулярно контролировали свое АД, 18,0% никак не контролировали свое АД. Проблемы своего здоровья обсуждали со своим лечащим врачом 53,8% больных, о наличии кардиошколы в поликлиниках знали - 8,0%, из них лишь 4,3% посещали ее, не знали о наличии кардиошколы в поликлиниках - 49,3% пациентов. Считали, что кардиошколы нет – 43,0% опрошенных. Из числа опрошенных постоянно лечились только 52,7% больных, периодически «курсами» - 23,5%, пока находились на больничном листе – 17,8%, пока не закончится упаковка с лекарствами – 6,0%. При этом 38,3% получали препараты по льготному отпуску в аптеках. Достигнуть нормальных цифр АД удалось 37,0% опрошенных. Повышенные цифры АД сохранялись у 23,3%, не всегда достигали целевого уровня АД - 39,8%. Практически все опрошенные знали о вреде курения, как о факторе риска АГ – 86,0%, но курят при этом - 25,0%. О необходимости ограничения употребления соли знали 87,5% больных, но полностью выполняли эту рекомендацию лишь – 43,5%, о пользе физической активности знали 87,5% больных, выполняли данную рекомендацию - 51%, о необходимости следить за уровнем холестерина в крови знали - 30,5%, контролировали свой холестерин – 35,0%.

Выводы: 1.В настоящее время кардиологическая помощь в первичном звене является малодоступной, особенно в разделе обследования кардиологических больных (снижение количества кардиологов, плохая оснащенность поликлиник, высокий процент платных обследований).

2. Необходимо более активно внедрять и пропагандировать кардиологические школы в первичном медико-санитарном звене.

0708 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ II-IV ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА С НАЧАЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ МИЛЛИМЕТРОВОГО ДИАПАЗОНА

Петрова В.Д., Головачева Т.В., Ляльченко И.Ф., Капланова Т.И.
ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия

Основной причиной сердечной недостаточности (СН) у 68% больных является ИБС. В развитии СН диастолическая дисфункция миокарда часто предшествует нарушению систолической функции. Очень важно выявить ранние минимальные нарушения диастолической функции ЛЖ, которые на этом этапе с проведением терапевтического вмешательства могут быть обратимыми.

Целью исследования являлось изучение влияния электромагнитного излучения миллиметрового диапазона (ЭМИ ММД), применяемого в комплексной терапии больных стенокардией напряжения II-IV функционального класса (ФК), на состояние систолической и диастолической функции миокарда.

Было обследовано 38 больных стенокардией II-IV ФК, получавших в комплексе лечения ЭМИ ММД. 24 больных (1 группа) имели клинические признаки недостаточности кровообращения (НК), 14 больных (2 группа) - не имели. Показатели сократимости и диастолической функции левого желудочка оценивались с использованием допплерЭхоКГ по общепринятым методикам на аппарате "Vingmedsound" CFM 800 фирмы «Sonotron» (Германия).

Получены следующие результаты: в обеих группах происходило увеличение ФВ с 49,16±2,13% до 52,48±2,81%, и с 48,03±2,14% до 52,21±1,76% соответственно, (p<0,05) и уменьшение конечно-систолического объема левого желудочка (КСО ЛЖ) с 78,03±8,07 мл до 70,65±7,60 и с 90,57±5,94 мл до 79,63±6,94 мл соответственно, (p<0,05), свидетельствующие об улучшении сократимости миокарда ЛЖ. Более того, у больных стенокардией с клиническими признаками НК была благоприятная динамика показателя, характеризующего скорость аортального кровотока.

Изменения диастолических показателей после курса лечения ЭМИ ММД были наиболее благоприятны у больных с клиническими признаками НК. У них отмечалось достоверное уменьшение конечно-диастолического объема ЛЖ (КДО) с 172,77±6,96 мл до 161,33±7,59 мл, конечно-диастолического индекса (КДИ) с 93,08±3,86 мл/м^2 до 87,56±4,23 мл/м^2, времени изоволюметрического расслабления ЛЖ с 0,134±0,008с до 0,111±0,009с. Эти изменения сочетались с изменением показателя трансмитрального кровотока: увеличением скорости раннего диастолического наполнения. У больных без клинических признаков НК достоверных изменений аналогичных показателей после курса КВЧ-терапии не произошло.

Таким образом, можно утверждать, что включение в комплекс терапии больных стенокардией ЭМИ ММД повышает эффективность лечения, благоприятно влияя на функциональное состояние миокарда. Положительные изменения сократительной и диастолической функции левого желудочка более значительны у больных стенокардией с начальными клиническими признаками недостаточности кровообращения.

0709 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНЫМ СОЧЕТАНИЕМ КЛАСТЕРОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Петрова Г.Д., Громнацкий Н.И.
ГУ «ОКБ Святителя Иоасафа», Белгород, Россия; КГМУ, Курск, Россия

Метаболический синдром (МС), причиной которого является инсулинорезистентность, включает в себя абдоминальное ожирение (АО), артериальную гипертензию (АГ), атерогенную дислипидемию, гипергликемию или нарушение толерантности к глюкозе (ГГ/НТГ), хроническое субклиническое воспаление, нарушение системы гемостаза.

МС возникает незаметно, в молодом возрасте, атеросклероз и СД развиваются на поздних стадиях, в зрелом возрасте, когда риск развития инсульта или инфаркта очень высок, и добиться обратного развития заболеваний практически невозможно. Важной задачей является ранняя диагностика МС и раннего поражения сердца, особенно, у пациентов молодого и среднего возраста. ВСР позволяет оценить фон вегетативной регуляции, функциональное состояние миокарда, адаптационный резерв и выявить вегетативную дисфункцию.

Цель работы: исследовать ВСР и выявить вегетативную дисфункцию у пациентов молодого и среднего возраста с различным сочетанием кластеров МС. Диагноз МС устанавливали в соответствии с рекомендациями ВНОК (2007г).

Обследовано 88 лиц с МС в возрасте 35-55 лет, в т.ч. женщин – 67, мужчин - 21. С учетом выявленных компонентов МС пациенты были подразделены на три группы: группа 1 – 3 признака МС (АО, АГ, гипертриглицеридемия (ГТГ)); группа 2 – 4 признака МС (АО, АГ, ГТГ, снижение уровня ХС ЛПВП); группа 3 – 5 признаков МС (в дополнение к перечисленным компонентам МС выявлены НТГ/ГГ). Контрольную группу составили 25 здоровых лиц без МС. Анализ ВСР проводился методом вариационной пульсометрии на основе временного и спектрального анализа вариабельности интервалов R-R синусового ритма (N-N – норма) при СМ ЭКГ по Холтеру. ВРС оценивали по коротким участкам, извлеченным из суточной записи, в состоянии бодрствования и в период сна.

У пациентов с МС устойчиво наблюдалось снижение ВСР в сравнении с контрольной группой, ритмограмма характеризовалась уменьшением RR-интервалов и их монотонностью. Выявлено увеличение количества участков с малой вариабельностью и уменьшение интегральной оценки нормальной вариабельности у пациентов с МС и нарушениями углеводного обмена. Отмечено достоверное снижение средних значений временных показателей, характеризующих снижение ВСР, более выраженные у пациентов группы 3 в сравнении с пациентами группы 2 (p<0,05) и пациентами остальных групп (p<0,01). Выявлено достоверное уменьшение средних показателей высокочастотного спектра HF и увеличение средних показателей низкочастотного спектра LF, а также их отношения LF/HF в зависимости от числа компонентов МС в группах. Так, более выраженные изменения отмечены у пациентов группы 3 с МС с признаками НТГ/ГГ, в отличие от группы 2 (p<0,05), группы 1 (p<0,01) и контрольной группы (p<0,001). Подобная динамика показателей типична для развития вегетативной дисфункции (симпатикотонии) и кардиальной автономной нейропатии при СД 2 типа и может привести к электрической нестабильности миокарда, аритмии и возникновению безболевой ишемии миокарда.

0710 ОЦЕНКА ИНДИВИДУАЛЬНОГО 10-ЛЕТНЕГО ФАТАЛЬНОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ПО ТАБЛИЦЕ SCORE ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Петрова Г.Д., Громнацкий Н.И.
ГУ «ОКБ Святителя Иоасафа», Белгород, Россия; КГМУ, Курск, Россия

Компоненты метаболического синдрома (МС) являются основными факторами сердечно-сосудистого риска (ССР), формирующимися у пациентов задолго до развития того или иного заболевания. Выделение МС имеет большое клиническое значение, поскольку это состояние является обратимым при проведении соответствующих лечебно профилактических мероприятий.

Цель работы: оценить индивидуальный 10-летний фатальный ССР у пациентов молодого и среднего возраста с различным сочетанием кластеров МС. Диагноз МС устанавливали в соответствии с рекомендациями ВНОК (2007 г.).

Компоненты МС выявлены у 88 лиц в возрасте 35-55 лет, в т.ч. у 67 женщин и 21 мужчины. Исследуемые пациенты были подразделены на три группы: группа 1 имела 3 признака МС (АО, АГ, ГТГ); группа 2 – 4 признака МС (АО, АГ, ГТГ, снижение ХС ЛПВП); группа 3 – 5 признаков МС (АО, АГ, ГТГ, снижение уровня ХС ЛПВП, НТГ/ГГ). Контрольную группу составили 25 здоровых лиц без МС. Всем пациентам была проведена оценка индивидуального 10-летнего фатального ССР по таблице SCORE для Европейских регионов с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний на основании пола, возраста, систолического артериального давления, общего холестерина и статуса курения. Низкому риску соответствует величина <3 %, умеренному риску – 3–4%, высокому риску – 5–9% и очень высокому риску – 10–14 % и выше. Индивидуальный фатальный ССР считался выше, чем по таблице SCORE, при поражении органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний.

В группе 3 у пациентов с атерогенными дислипидемиями, сниженным уровнем ХС ЛПВП и НТГ/ГГ в результате количественного расчета значений индивидуального фатального риска выявлено: 31% больных (9 человек) имели высокий риск, равный 7,40±1,59% и 69% больных (20 человек) – очень высокий риск, равный 13,61±2,31%. У мужчин группы 3 персональный ССР составил 14,05±4,32%, у женщин – 6,72±1,13%. В группе 2 у пациентов с атерогенными дислипидемиями и сниженным уровнем ХС ЛПВП анализ величины персонального фатального риска показал, что 14% пациентов (6 человек) имели умеренный риск, равный 4,61±1,56%; 59% пациентов (25 человека) – высокий риск, равный 6,59±1,37%; 26% пациентов (11 человек) – очень высокий риск, равный 12,42±2,36%. У мужчин группы 2 индивидуальный риск сердечно-сосудистых катастроф составил

13,11±3,01%, у женщин – 6,07±1,56%. В группе 1 у пациентов с ГТГ индивидуальный фатальный риск составил: у 41% (7 человек) – низкий риск, равный 2,02±0,98%; у 59% (10 человек) – умеренный риск, равный 3,82±1,18%.

Таким образом, у пациентов групп 2 и 3 в 35% случаев (22 и 9 человек, соответственно) выявлен высокий индивидуальный фатальный ССР, в тоже время в 39% случаев (14 и 20 человек, соответственно) выявлен очень высокий риск индивидуальных фатальных сердечно-сосудистых осложнений. Ранняя диагностика компонентов МС, высокого и очень высокого ССР – это, в первую очередь, возможность профилактики, предупреждение или отсрочка манифестации СД и атеросклеротических сосудистых заболеваний.

0711 СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ И ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ

Петрова Е.В., Кисляк О.А.
ГОУ ВПО Российский государственный медицинский университет Росздрава, Москва, Россия

Цель исследования. Изучить состояние вегетативной нервной системы у подростков и лиц молодого возраста с ожирением и ассоциированными с ним метаболическими нарушениями.

Материалы и методы. Основную группу составили 75 пациентов в возрасте от 15 до 28 лет (средний возраст 19,3±3,55 года), из них у 33 была диагностирована избыточная масса тела, у 42 ожирение. В исследование не включались пациенты, имеющие вторичное ожирение на фоне эндокринных заболеваний, тяжелые черепно-мозговые травмы, сахарный диабет. Контрольную группу составили 15 пациентов того же возраста с нормальной массой тела. Для диагностики ожирения применялась классификация ожирения по индексу массы тела, а для метаболического синдрома (МС) критерии NCEP ATP III, 2001г. Оценивались временные показатели вариабельности сердечного ритма (ВСР) при 24-часовом мониторировании ЭКГ с помощью системы Del Mar Avionics (Techcare США), а также спектральные показатели при анализе 5-минутных участков записи кардиоинтервалограммы в покое.

Полученные результаты. При анализе спектральных показателей ВСР смещение вегетативного баланса в сторону симпатикотонии наблюдалось гораздо чаще (27,4%) у пациентов основной группы, чем контрольной (у 7,7%), а максимальным коэффициент вегетативного равновесия (LF/HF) был при абдоминальном ожирении. При нарастании массы тела от нормальной до избыточной достоверных различий не выявлено. При сравнении группы ожирения с группой избыточной массы тела и с контрольной группой достоверно снижалась общая ВСР (SDNN p=0,01, HRV Index p=0,02, TINN p=0,01), снижалась активность парасимпатической нервной системы (RMSSD p=0,02), а симпатическая активность преобладала (SDANN/RMSSD p=0,07), что приводило к увеличению ЧСС (ЧСС мин p=0,04, ЧСС ср p=0,06). Минимальная ВСР и максимальное преобладание симпатического тонуса наблюдались у лиц с абдоминальным ожирением 18 лет и старше. У пациентов с диагностированным метаболическим синдромом по сравнению с пациентами без метаболических нарушений как при временном, так и при спектральном анализе имелось снижение общей ВСР при нарастании симпатического тонуса. Для выявления связи метаболических расстройств с ВСР был проведен корреляционный анализ, при котором обнаружены корреляционные связи показателей ВСР с уровнем общего холестерина, триглицеридов и липопротеидов высокой плотности, а также положительные корреляционные связи между количеством компонентов МС и соотношением LF/HF, среднесуточной ЧСС, и отрицательная связь с HF.

Выводы. У пациентов подросткового и молодого возраста степень выраженности симпатической активности нарастает по мере увеличения индекса массы тела и количества признаков метаболического синдрома, что подтверждает роль симпатической активности в формировании и прогрессировании МС.

0712 НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Петрова И.Н., Ремизова А.И., Заболотских Т.Б., Потапова А.А.
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Тяжелым исходом гипертонической болезни (ГБ) является когнитивная дисфункция (КД). Клиническая практика показывает, что не все больные ГБ приходят к деменции через инсультные повреждения мозга. В развитии церебральной недостаточности признается роль хронической гипоперфузии мозга и факторов, потенцирующих этот процесс.

Цель работы – изучить влияние длительности и тяжести заболевания на формирование когнитивных расстройств у больных ГБ, а также состояние каротидного кровотока.

Состояние кровотока в сонных артериях исследовалось методом триплексного сканирования с оценкой атеросклеротического паттерна, патологически значимых изгибов, окклюзий сосудов, а также стенозирование их просветов более 50%. Тяжесть течения ГБ определялась по частоте перенесенных транзиторных ишемических атак (ТИА) и мозговых инсультов (МИ). Всего было обследовано 68 больных ГБ II и III стадиями с очень высокой степенью риска; средний возраст больных 55,4 года.

По данным MMSE обследованные больные составили три группы: 19 человек без когнитивных нарушений (30 баллов), 23 – с легкими и средними нарушениями (27,0±2,4 балла) и 26 – с деменцией (19,8±1,1 балла).

Оценка длительности и тяжести болезни в сравниваемых группах выявила отчетливую связь церебральных расстройств и указанных факторов. В первой группе сроки болезни составляли 4,4±0,98 лет, во второй – 6,9±1,03, у больных с деменцией – 10,8±1,98 лет ($p<0,001$). В то же время, частота перенесенных МИ и ТИА отмечена соответственно по группам у 57,9%, 60,8% и у 76,9% больных. Интересно, что в целом по группе в 33,8% случаев не было указаний на перенесенные ранее больными МИ и ТИА. Таким образом, у одной трети больных церебральная недостаточность определялась другими факторами. В качестве одной из причин КД можно предполагать гипоперфузию мозга обусловленную функциональной недостаточностью сонных артерий.

Исследование каротидного кровотока выявило высокую зависимость когнитивных нарушений от структурных изменений сонных артерий. Если в первой группе патологически значимые морфологические изменения артерий имели место у 12 из 19 больных со снижением кровотока в 3 случаях, то во второй группе – у 20 из 23 с дефицитом кровотока у 7 больных. У больных с деменцией грубая перестройка сонных артерий выявлена во всех случаях с уменьшением кровотока у 19 из 26 пациентов.

Таким образом, наряду с ТИА и МИ причиной КД у больных ГБ могут быть структурные изменения каротидной системы, провоцирующие гипоперфузию мозга. Длительность болезни усугубляет этот процесс, диктует необходимость раннего выявления нарушений каротидного кровотока и проведения ранней медикаментозной и хирургической коррекции.

0713 АНАЛИЗ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЁННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Петрова М.Н., Васильева С.А.
МИ ГОУ ВПО «ЯГУ», МУ «ГБ№2», Якутск, Россия

Цель: оценить соблюдение пациентами рекомендаций по немедикаментозной и медикаментозной коррекции артериальной гипертензии (АГ) осложнённого течения.

Методы: проведено исследование, состоящее из II этапов. На I этапе проанализированы истории болезни пациентов с кризовым течением АГ в качестве основного или сопутствующего

заболевания, а также перенесших инсульт на фоне АГ, получивших стационарное лечение за 3,5 года (март 2003г - октябрь 2006г). Наиболее молодой возраст больных с кризовым течением АГ у женщин - 39 лет, у мужчин - 41 год. Самый молодой возраст госпитализированных с инсультом или дисциркуляторной энцефалопатией в анамнезе на фоне АГ у женщин - 37 лет, у мужчин - 40 лет.

У части больных был длительный анамнез АГ (десять и более лет), однако многие не обращались за медицинской помощью или занимались самолечением, принимая устаревшие гипотензивные препараты; самовольно отменяли назначенную комплексную гипотензивную терапию или практиковался «курсовой» приём гипотензивной терапии.

Проведённый скрининг выявил определённые пробелы в первичной и вторичной профилактике АГ. По результатам этого исследования проведен следующий этап - анкетирование, нацеленное на выявление информированности пациентов о своём заболевании, возможных осложнениях, рекомендуемом образе жизни, выполнении рекомендаций и т.д. В анкетировании приняли участие 21 женщина (34-70 лет) и 13 мужчин (39-58 лет), получивших стационарное и амбулаторное лечение в ГБ№2.

Результаты: Большая часть опрошенных (17 женщин и 10 мужчин) информированы о своём заболевании, возможных осложнениях. 16 женщин знают свой вес и следят за ним, 10 мужчин не знают и не следят, 3 - знают и не следят. Большинство женщин (19) не курят, 2 - безуспешно пытались бросить. Среди мужчин только 4 не курят, 2 - пытались бросить, 6 - бросать не пытались. 4 женщины употребляют 1-2 бокала вина по праздникам, 1-2 бокала в месяц - 1, 1-3 рюмки водки по праздникам - 3. Только 6 мужчин не употребляют алкоголь. Остальные - от 1-4 рюмок водки в неделю до 100-200 гр. 1-2 раза в месяц. Постоянно принимают гипотензивные препараты 12 женщин и 2 мужчин. Остальные - временами и при повышении АД. Только 4 женщины посещали занятия «Школы артериальной гипертензии», никто из мужчин занятия не посещал. 15 женщин соблюдают предписанные врачом рекомендации по коррекции образа жизни, 3 - стараются. 3 мужчин соблюдают рекомендации, 7 не соблюдают, остальные - «иногда». Все женщины принимают назначенные гипотензивные препараты и 10 мужчин. 3 мужчин не принимают («не хочу без конца пить таблетки»).

Заключение. Результаты проведенного исследования привлекут внимание участковых врачей к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, поскольку это направление является одним из приоритетных входит в вопросы Федеральной целевой программы по АГ, а снижение риска развития инсульта приобретает все большее значение в качестве цели фармакологических вмешательств.

0714 ОЦЕНКА ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

Пилант Д.А., Морозов М.П.
УЗ «Витебский областной диагностический центр», Витебск, Беларусь

Переход мерцательной аритмии из пароксизмальной (ПФМА) в постоянную форму сопровождается прогрессированием процессов ремоделирования сердца, важная роль в которых отводится гемодинамическому фактору, включающему систолическую и, менее изученную, диастолическую дисфункцию ЛЖ.

Цель исследования. Оценить нарушение диастолической функции ЛЖ (ДФЛЖ) у больных ПФМА и её роль в структурно-функциональном ремоделировании сердца.

Материал и методы. Обследовано 67 больных с ПФМА (51,5±3,5г.). В качестве основного заболевания у 24 чел. установлена АГ IIст., у 43 чел. ИБС, из них 12 чел. имели стенокардию I-II ФК. После восстановления синусового ритма и выписки из стационара (спустя 2-3 недели) больным проводилась ЭхоКГ на аппарате EnVisor «Philips» по стандартной методике с использованием технологии импульсно-волнового тканевого допплера (ТДЭхоКГ). Рассчитывали: фракцию выброса ЛЖ (ФВ,%), индекс систолического и диастолического объёмов левого предсердия (ИСОЛП и ИДОЛП, мл/м^2), фракцию изгнания ЛП (ФИЛП,%), систолическое давление в легочной артерии (СДЛА, мм рт.ст.). Для оценки ДФЛЖ изучались: скорость раннего диастолического подъёма основания ЛЖ (E`), соотношение скорости раннего диастолического наполнения ЛЖ к E` (E/E`). Анализ проводился с помощью пакета программ STATISTICA 5.5.

Результаты. При обследовании больных ПФМА снижение ФВ ЛЖ <45% выявлено только у 3 чел. (4,5%), в то время как нарушение ДФ ЛЖ имело место у всех больных и распределилось в следующей пропорции: гипертрофический тип у 45 чел. (67%), псевдонормальный тип у 20 чел. (30%), рестриктивный у 2 чел. (3%). Первый тип нарушения ДФ ЛЖ (гипертрофический) не вызывал трудностей в диагностике т.к. его оценка базировалась на допплеровском исследовании трансмитрального кровотока. У данных больных индекс ДОЛП соответствовал нормальным значениям (33±2,1 ml/м^2), а ФИЛП увеличена (79,2±4,0; p<0,05)., что указывало на повышение сократительной активности ЛП при отсутствии его гемодинамической перегрузки. Вышеуказанные изменения гемодинамики не сопровождались развитием ЛГ. Систолическое давление в ЛА не превышало верхней границы нормы (24±3,5 мм рт.ст.). У части больных ПФМА (20чел.-30%) выявлен псевдонормальный тип нарушения ДФ ЛЖ, который дифференцировать удалось используя ТДЭхоКГ. При этом отмечены следующие изменения, свидетельствующие о псевдонормальном типе трансмитрального кровотока: сочетание пика E`<8,5 см/с и соотношения E`/A`<1 - у 14 чел; соотношение E/E`≥15 – у 6 чел. У больных ПФМА с псевдонормальным типом ДФ ЛЖ индекс ДОЛП составлял 42±2,4 мл/м^2, что указывало на признаки его гемодинамической перегрузки. В данной группе больных отмечено развитие ЛГ (СДЛА 32±3,6 мм рт.ст.). У 2 чел.ПФМА выявлен рестриктивный тип ДФЛЖ. Доплеровский спектр считался рестриктивным при соблюдении одного из следующих условий: 1. Отношение E/A больше 2; 2. ВЗРН ЛЖ меньше 130 мс в сочетании с E/A больше 1,5. Кривая скоростей фиброзного кольца МК на ТДЭхоКГ у больных с рестриктивным наполнением ЛЖ сопровождается дальнейшим снижением пиков E` и A`, а увеличение индекса ДОЛП (до 48±3,4 мл/м^2) и СДЛА (до 36±3,6 мм рт.ст.) указывали на признаки гемодинамической перегрузки левого предсердия и развитие легочной гипертензии.

Выводы. Таким образом, у обследованной группы больных ПФМА в 65% случаев имела место бессимптомная дисфункция ЛЖ, а у 35% признаки дезадаптивного ремоделирования сердца и развитие ХСН IIА ст. Непосредственной причиной дисфункции ЛЖ и развития ХСН можно считать нарушение диастолической функции различной степени выраженности, которая зарегистрирована у всех больных.

0715 РОЛЬ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ В ИНИЦИИРОВАНИИ СРЫВА РИТМА У БОЛЬНЫХ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

Пилант Д.А., Морозов М.П.
УЗ «Витебский областной диагностический центр», Витебск, Беларусь

К непосредственным причинам срыва ритма у больных мерцательной аритмией (МА) можно отнести ряд факторов, таких как систолическая и диастолическая дисфункции ЛЖ, митральная регургитация (МР) (Эрлих Дж. Р. и др., 2006).

Цель работы. Оценить влияние МР на изменение внутрисердечной гемодинамики при проведении стресс ЭхоКГ и её роль в инициировании приступов МА у больных ПФМА.

Материал и методы. Обследовано 67 больных с ПФМА (51,5±3,5г.). В качестве основного заболевания у 24 чел. установлена АГ IIст., у 43 чел. ИБС, из них 12 чел. имели стенокардию I-II ФК. После восстановления синусового ритма и выписки из кардиологического отделения (спустя 2-3 недели) больным проводилась стресс-ЭхоКГ на аппарате EnVisor «Philips» по стандартной методике. В качестве стресс-теста применяли ВЭМ в положении лежа, под контролем ЭКГ по протоколу (50-75-100-

125Вт). Пробу прекращали по общепринятым критериям, а также при достижении порога систолического и (или) диастолического резерва. По последнему критерию больные были разделены на 2 группы: 1-ю гр. составили 40 человек с сохраненным резервом, обеспечивающим толерантность к ФН (ТФН) более 75Вт; 2-ю группу составили 27 чел. со сниженным резервом (ТФН ниже указанного уровня). Рассчитывали: ударный индекс (УИ,мл/м^2), фракцию выброса ЛЖ (ФВ,%), индекс систолического и диастолического объёмов левого предсердия (ИСОЛП и ИДОЛП, мл/м^2), фракцию изгнания ЛП (ФИЛП,%), систолическое давление в легочной артерии (СДЛА, мм рт.ст.). Расчет индекса митральной регургитации (ИМР) проводился по методике Thomas L., Shiller NB. (1999). Анализ осуществлялся с помощью пакета программ STATISTICA 5.5.

Результаты. У больных 1-й гр. имела место адекватная реакция гемодинамики на стресс-ЭхоКГ. При пороговой мощности ВЭМ 105±12 Вт, рост УИ составил в среднем 54%. В процессе нагрузки отмечено незначительное увеличение ИДОЛП на 8% (p>0,05) и повышение на 36% его фракции изгнания (ФИЛП 79±4,0; p<0,05), отмечено также увеличение СДЛА (23±5,3; p>0,05) не превышающего верхней границы нормы. В данной группе у 23% больных исходно регистрировалась МР (ИМР 0,5±0,09) без значимого её роста в процессе нагрузки (p>0,05). У больных 2-й гр. при пороговой мощности ВЭМ 65±9Вт, прирост УИ составил в среднем 17%. В процессе нагрузки отмечено увеличение ИДОЛП на 30% (p<0,05), что не сопровождалось увеличением его фракции изгнания (ФИЛП 30±3, p>0,05). У всех больных 2-й гр. исходно отмечено нарушение диастолической функции ЛЖ, а при стрессЭхоКГ нарастание рестриктивных тенденций, а также рост СДЛА до 36±4,8 (p<0,05). У 67% больных 2-й гр. исходно регистрировалась МР (ИМР 1,1±0,2), которая в процессе нагрузки возрастала (ИМР 2,3±0,3; p<0,05) и была отмечена в 88% больных. У 5 человек на высоте нагрузки зарегистрирована суправентрикулярная экстрасистолия, у 2-х больных срыв ритма (ПФМА), который был купирован введением 10% р-ра новокаинамида -10 ml, в/венно. Интересно, что у больных 2-й группы, при оценке анамнестических данных чаще регистрировались приступы ПФМА (5,5 ± 2,3 в год) в сравнении с больными 1-й группы (2,4±1,2 в год; p<0,05). При этом срывам ритма, как правило, предшествовала повышенная физическая или эмоциональная нагрузка, с которой пациенты часто сталкивались в быту.

Выводы. Таким образом, у 40% обследованных больных ПФМА в межприступном периоде снижение ТФН (ниже 75 Вт) обусловлено систолической и (или) диастолической дисфункцией ЛЖ, которая при проведении стресс-ЭхоКГ сопровождается ростом МР, что усугубляет гемодинамическую перегрузку левого предсердия, малого круга кровообращения и может способствовать возникновению рецидива МА.

0716 ВЛИЯНИЕ ДИНИТРОЗИЛЬНОГО КОМПЛЕКСА ЖЕЛЕЗА НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА И ФУНКЦИИ ИШЕМИЗИРОВАННОГО СЕРДЦА КРЫСЫ

Писаренко О.И., Шульженко В.С., Студнева И.М., Ванин А.Ф.
ФГУ "Российский кардиологический научно-производственный комплекс", Москва, Россия; Институт химической физики им. Н. Н. Семенова РАН, Москва, Россия

Целью данной работы было выяснить, способен ли динитрозильный комплекс железа с восстановленным глутатионом (ДНКЖ-Глт) уменьшать ишемическое и реперфузионное повреждение сердца. Перфузируемое по Neely сердце крыс Wistar подвергали 30-мин нормотермической глобальной ишемии и 40-мин реперфузии. Дозозависимое влияние ДНКЖ-Глт на восстановление функции сердца изучено при его введения перед ишемией (4 мл/мин в течение 5 мин) в диапазоне концентраций от 34 нМ до 5 мкМ. В контроле вводили раствор Кребса (РК). Активность лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в оттекающем от сердца перфузате и энергетическое состояние сердца оценивали в исходном состоянии и при реперфузии. Увеличение концентрации ДНКЖ-Глт от 34 до 67 нМ достоверно улучшало восстановление минутного объема и аортального выброса (в среднем до 70±3% по сравнению с 32±2% в контроле). Введение 100 нМ ДНКЖ-Глт снижало восстановление показателей насосной функции до 38±2%; при инфузии комплекса в диапазоне 250 нМ - 5 мкМ восстановление функции сердца градуально снижалось до 0 %. В исходном состоянии после предишемической инфузии 67 нМ или 250 нМ ДНКЖ-Глт выход ЛДГ в перфузат был таким же, как в контроле (2,72±0,23 МЕ/г сух. веса/5 мин). Под действием 67 нМ ДНКЖ-Глт, обеспечивавшем максимальное восстановление функции, за первые 5 мин реперфузии выведение ЛДГ снижалось в 1,8 раза по сравнению с контролем (до 4,32±0,50 против 7,65±0,83 МЕ/г сух. веса). В группе 250 нМ ДНКЖ-Глт с низким восстановлением функции (около 6±1% от исходных значений), выведение ЛДГ в миокардиальный отток возрастало до 8,75±0,47 МЕ/г сух. веса/5 мин. Общее содержание адениновых нуклеотидов (∑АН=АТФ+АДФ+АМФ) в реперфузированном сердце составляло 78,4±4,3 и 53,9±3,6% от исходного значения в группах 67 нМ и 250 нМ ДНКЖ-Глт, соотв. (p<0,002) и 57,8±2,5% в контроле. Фонд общего креатина (∑Кр=ФКр+Кр) сохранялся в наибольшей степени в реперфузированных сердцах группы 67 нМ ДНКЖ-Глт (97,9±4,5%) и был достоверно ниже в группе 250 нМ ДНКЖ-Глт и контроле (75,8±4,8 и 80,1±2,4%, соотв.). К концу реперфузии содержание лактата в сердцах группы 67 нМ ДНКЖ-Глт снижалось до исходного значения; в группе 250 нМ ДНКЖ-Глн – оставалось в 1,8 раза выше. Таким образом, улучшение восстановления функции сердца при введении 67 нМ ДНКЖ-Глт до ишемии связано с эффективным восстановлением окислительного обмена и уменьшением повреждения мембран постишемических кардиомиоцитов. Повреждающее действие более высоких концентраций ДНКЖ-Глт на функцию реперфузируемого сердца сочетается с увеличением проницаемости клеточных мембран кардиомиоцитов и снижением содержания ∑АН и ∑Кр в миокарде.

0717 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ НЕБИЛЕТА У БОЛЬНЫХ ГЕТЕРОТОПНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Пластинина С. С. Варварина Г.Н.
Нижегородская государственная медицинская академия, кафедра пропедевтики внутренних болезней, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования: изучить эффективность и безопасность небилета у больных гетеротопными нарушения ритма сердца и бронхиальной астмой.

Материалы и методы: небилет в дозе 5 мг в сутки в комплексе с бронхолитической терапией в течение 2 недель получали 9 больных БА (1 мужчина и 8 женщин) в возрасте 54±8 лет (продолжительность заболевания составила от года до 17 лет, показатель ОФВ1 - 70,5±15,5% от должных величин); 2 обследованных имели тяжелую форму БА, 7- среднетяжелую форму болезни (в соответствие с критериями GINA, 2006г); все больные находились на базисной терапии препаратом «Серетид» в дозах, определенных по степени тяжести заболевания. В группу лечения включались больные с клинически значимыми гетеротопными нарушениями сердечного ритма. До начала приема небилета (на 3-4 день стационарного лечения) и через 2 недели лечения всем пациентам проводилось ЭКГ – мониторирование с оценкой динамики среднесуточной частоты сердечных сокращений – ЧСС, количества суправентрикулярных (СЭ) и желудочковых экстрасистол (ЖЭ) - общее количество в течение суток и максимальное количество в час; эпизодов суправентрикулярной (СВТ) и желудочковой тахикардии (ЖТ), фибрилляции предсердий (ФП); также исследовался показатель, характеризующий вариабельность ритма сердца в целом: SDNN, мс; параметры функции внешнего дыхания (ФВД) - ОФВ1, ФЖЕЛ.

Результаты: Через 2 недели лечения небилетом у всех обследованных достоверно уменьшилась среднесуточная ЧСС (с 83±6 уд. в мин. до 73±8 уд. в мин., p=0,04), максимальное количество СЭ в час (с 89 [25;1065] до 6 [5;8], p=0,04), количество эпизодов парных СЭ (с 13 [2,22] до 3 [0;5], p=0,04); значимых различий по общему количеству СЭ в сутки и количеству эпизодов СВТ на

фоне лечения получено не было. Общее количество ЖЭ в течение суток (с 14 [5;152] до 3 [2;76], p=0,17) и максимальное количество ЖЭ в час (с 6 [2;39] до 1 [1;18] , p=0,67) имело тенденцию к снижению, но значимо не различалось, тем не менее, на фоне лечения не регистрировались отмеченные ранее эпизоды ЖЭ по типу би-, тригеминии (регистрировались до лечения у 3 пациентов), повторно не наблюдался эпизод ЖТ. Также на фоне приема препарата не выявлено эпизодов ФП (наблюдались у 2 пациентов до лечения). Вариабельность ритма в целом достоверного не изменялись(SDNN с 141,1±17 до 106±32, p=0,09), что скорее всего связано с кратковременным периодом наблюдения. Отрицательной динамики по ФВД выявлено не было (ОФВ1 – с 70,5±15,5% до 78±10%, ФЖЕЛ - с 78±13% до 83,5±9,4%). В одном случае потребовалась отмена препарата в связи с аллергической реакцией по типу крапивницы.

Выводы:1.Небилет является эффективным препаратом при лечении суправентрикулярной экстрасистолии и желудочковых нарушений ритма высоких градаций у больных БА. 2.На фоне приема небилета изменения вариабельности сердечного ритма не отмечено. 3.За период приема препарата ухудшения показателей ФВД не наблюдалось, что подтверждает безопасность небилета у больных БА.

0718 ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ ПО ДАННЫМ МНОГОПРОФИЛЬНОГО АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Плешаков А.В., Бакшеев В.И., Коломоец Н.М., Увайсова К.У, Костычева Т.В., Бабина И.А.
ФГУ «52 Консультативно-диагностический центр Минобороны России», Москва, Россия

Цель. Выяснить распространенность и структуру кардиореспираторной патологии (КРП): ишемическая болезнь сердца (ИБС), гипертоническая болезнь (ГБ) сочетающиеся с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмой (БА).

Методы. Проведен ретроспективный анализ 25473 медицинских книжек пациентов (возраст от 30 до 85 лет, средний возраст 59,8±15,4 лет.), находящихся на учете в амбулаторно-поликлиническом учреждении. Были сформированы три группы: группа «А» – пациенты с ИБС и ГБ, ХОБЛ и БА (n=12396); группа «В» - больные с КРП (n=10698), группа «С»- практически здоровые (n=2379).

Результаты. Структура больных с КРП выглядела следующим образом: ИБС+ХОБЛ (n=6932; 64,8%); ИБС+БА (n=528; 4,9%), ГБ+ХОБЛ (n=2760; 25,8%), ГБ+БА (n=478; 4,5%). Больные с ИБС+ГБ+ХОБЛ или БА составили 1,7%, не выделялись в самостоятельную подгруппу и были распределены среди больных в группе «Б» по ведущему синдрому. В группе «А» больные по структуре заболеваний распределились следующим образом: ИБС (n=6785, 54,8%), БА (n=138; 1,1%), ГБ (n=5473; 44,2%). Таким образом, КРП была выявлена у 42,0% больных, причем чаще всего отмечалось сочетание ИБС с ХОБЛ (64,8%) и ГБ с ХОБЛ. (25,8%). Значительно реже БА сочеталась с ИБС (4,9%) и ГБ (4,5%). Частота госпитализации и длительность стационарного лечения в целом по группам «А» и «В» различались достоверно (10,0% против 23,8%, 95% ДИ, p<0,0001 и 20,4±0,07 дн. против 26,4±0,06 дн., 95%ДИ, p<0,001 соответственно). У больных с КРП частота развития гипертензивных кризов была достоверно выше, чем у пациентов с ГБ группы «А» (18,9±0,03 против 12,4±0,02, 95%ДИ, p<0,0001). В группе «В» смертность была достоверно выше по сравнению с пациентами группы «А» (0,98 против 0,42, p<0,01).

Выводы. У больных с ИБС и ГБ в 42% случаев отмечается наличие сопутствующего поражения бронхолегочного аппарата (ХОБЛ и БА), которое характеризуется синдромом взаимного отягощения и ухудшением прогноза жизни. Оптимизация диагностического процесса, направленного на возможно раннее выявление сопутствующей патологии и соответствующее адекватное комплексное лечение являются актуальными задачами ведения больных с кардиореспираторной патологией.

0719 ВЛИЯНИЕ МОДИФИКАЦИИ ЖИРОВОГО СОСТАВА ДИЕТЫ НА ФАКТОРЫ РИСКА СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Плотникова О.А., Шарафетдинов Х.Х., Алексеева Р.И., Зыкина В.В.
ГУ НИИ питания РАМН, Москва, Россия

Цель: изучить эффективность модификации жирового состава диеты в коррекции факторов риска сосудистых осложнений при сахарном диабете (СД) 2 типа.

Методы исследования: под наблюдением находилось 120 больных СД 2 типа в возрасте 56±4,3 лет, с длительностью заболевания 8,1±0,8 лет. Все больные методом случайной выборки были разделены на 4 однотипные группы (по 30 человек в каждой). Больные первой группы (группа сравнения) в течение 3-х недель получали основной вариант стандартной диеты. У больных второй, третьей и четвертой групп часть подсолнечного масла в диете заменялась на эйконол, льняное (ЛМ) или оливковое масло (ОМ) в количестве 8 г (Д-Э), 17,5 г (Д-ЛМ) и 30 г (Д-ОМ) соответственно. Соотношение НЖК:МНЖК:ПНЖК в Д-Э составило 1:0,85:0,7, в Д-ЛМ – 1:0,8:1,13, в Д-ОМ – 1:1,7:0,7 вместо 1:1:1 в традиционной диете. Среднесуточное содержание ПНЖК омега-3 в Д-Э было увеличено до 3,2 г, Д-ЛМ – до 10,0 г против 0,5 г в традиционной диете. В процессе диетотерапии у всех больных исследовалась динамика массы тела, артериального давления, показателей углеводного и липидного обмена, процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ), показателей системы гемокоагуляции.

Результаты: установлено, что диетотерапия с включением ПНЖК омега-3 животного и растительного происхождения не ухудшает показатели гликемического контроля и не приводит к активации процессов ПОЛ у больных СД 2 типа. Повышение в диете ПНЖК омега-3 до 3,2 г/день за счет рыбьего жира и изменение соотношения ПНЖК омега-6/омега-3 до 4,0 потенцирует лечебный эффект диеты в коррекции факторов риска сердечно-сосудистых осложнений (дислипидемии, артериальной гипертонии, гиперкоагуляции крови). Обогащение диеты МНЖК за счет включения ОМ способствует повышению гипотензивного и гиполипидемического эффекта диетотерапии при СД 2 типа.

Выводы: целенаправленная модификация жирового состава диеты позволяет эффективно корригировать метаболические нарушения и факторы риска сосудистых осложнений при СД 2 типа.

0720 СЕГМЕНТАРНАЯ ФУНКЦИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИБС С БЛОКАДАМИ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ПРИ ДОБУТАМИНОВОЙ СТРЕСС-ДОППЛЕР-ЭХОКАРДИОГРАФИИ

Плюснин А.В., Криночкин Д.В., Кузнецов В.А.
Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Целью настоящей работы было оценить с помощью импульсно-волновой тканевой допплер-эхокардиографии (ТДЭхоКГ) показатели, характеризующие региональную систолическую и диастолическую функции левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с ИБС и без ИБС в сочетании с блокадами левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ) при проведении стресс-допплер-эхокардиографии (стресс-ДЭхоКГ) с добутамином.

Методы. Всего был обследован 51 пациент с полной и неполной БЛНПГ (33 мужчины и 18 женщин, средний возраст 53±1,04 года), из них - 21 больной с ИБС и 30 пациентов без ИБС. С помощью ТДЭхоКГ в базальных сегментах миокарда ЛЖ (используя 16 сегментарную схему деления миокарда ЛЖ) оценивали - пиковую систолическую скорость движения миокарда ЛЖ - s, раннюю диастолическую скорость движения миокарда ЛЖ - e, позднюю диастолическую скорость - a, пик диастолической скорости при монофазном движении миокарда ЛЖ (M) на

высоких частотах (120 и 140 уд.мин) и показатель, характеризующий регионарную функцию расслабления миокарда ЛЖ,- отношение пиков e/a. Оценку показателей проводили в покое и во время добутаминовой стресс-ДЭхоКГ при частоте 80, 100, 120 и 140 ударов в минуту. Всего было 306 сегментов, из них оцененных - 260; в группе с ИБС количество сегментов составило 106, а в группе без ИБС - 154 сегмента.

Результаты. Исходно, в группе пациентов без ИБС в сочетании с БЛНПГ были выявлены достоверно более высокие показатели s, e и e/a, в отличие от пациентов с ИБС на фоне БЛНПГ (s -7,01±0,13 см/сек и 6,52±0,10 см/сек, p<0,01; e - 7,82±0,16 см/сек и 6,75±0,18 см/сек, p<0,001; e/a 0,97±0,03 и 0,87±0,03, p<0,01, соответственно). При частоте 80 и 100 ударов в минуту (малые дозы добутамина) выявлены также более высокие скорости пиков s и e, показатель e/a у пациентов без ИБС в сочетании с БЛНПГ (на 80 уд/мин: s - 9,34±0,24 см/сек и 8,57±0,20 см/сек, p<0,01; e - 9,09±0,22 см/сек и 7,91±0,22 см/сек, p<0,001; e/a 0,97±0,03 и 0,86±0,03, p<0,05; на ЧСС 100 уд/мин: s - 11,07±0,21 см/сек и 10,00±0,27 см/сек, p=0,002; e - 9,39±0,21 см/сек и 8,02±0,23 см/сек, p<0,001; e/a 0,88±0,03 и 0,81±0,03, p=0,06, соответственно). На частоте 120 уд/ мин. (большие дозы добутамина) у пациентов первой группы отмечалось достоверно более высокие скорости пика s и пика M в сравнении с группой пациентов с ИБС (s - 12,75±0,27 см/сек и 11,7010,29 см/сек, p=0,01; M - 13,9010,24 см/сек и 13,09+0,25 см/сек, p=0,02, соответственно). На частоте 140 ударов в мин. у пациентов как первой, так и второй группы достоверных различий выявлено не было.

Заключение. При проведении добутаминовой стресс-ДЭхоКГ реакция сегментарной систолической и диастолической функции ЛЖ у больных с ИБС и без ИБС в сочетании с БЛНПГ была достоверно различной в покое и преимущественно на малых дозах добутамина. Полагаем, что проведение добутаминовой стресс-ДЭхоКГ с оценкой допплеровского анализа миокардиальных скоростей ЛЖ с помощью ТДЭхоКГ на малых дозах может быть полезным для диагностики ИБС у больных с БЛНПГ.

0721 К ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Поворинский А.А., Соколова Л.А.
Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия; ФГУ «СПНЦПР им.Г.А. Альбрехта Росздрава», Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: На основании изучения амбулаторных историй болезни больных, перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ), оценить качество проведения реабилитационных мероприятий на амбулаторно-поликлиническом этапе реабилитации.

Материалом для исследования послужили 59 амбулаторных историй болезни больных, перенесших ОИМ и находящихся на амбулаторном этапе реабилитации. В изученной группе больных средний возраст составил 64,5±10,1 лет. Из них мужчин 56%, женщин 44%.

Результаты исследования: ОИМ в бассейне левой коронарной артерии (передний, передне-перегородочный, боковой) отмечен в 54% наблюдений, правой коронарной (задний, задне-диафрагмальный) – в 46%. Инфаркты с зубцом Q составляли 64%, без зубца Q-36% от общего числа наблюдений. Среди осложнений перенесенного ОИМ чаще всего регистрировалась хроническая сердечная недостаточность (44%). Гемодинамически значимые нарушения ритма сердца отмечены в 32% наблюдений, атриовентрикулярная блокада – в 8,4%, хроническая аневризма левого желудочка – в 8,4%. При анализе качества и характера медицинской реабилитации учитывалось соответствие назначаемой терапии рекомендациям ЕОК от 2004 года по ведению больных, перенесших ОИМ. Установлено, что необходимое комплексное лечение (статины, β-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, антиагреганты) получали 44% больных, находившихся на амбулаторном этапе реабилитации. Обращало на себя внимание отсутствие должного контроля за модифицируемыми факторами риска сердечнососудистых осложнений, так достижение и поддержание целевого уровня АД было отмечено в 52% наблюдений. Данных о динамике дислипидемии, модификации образ жизни – снижение массы тела, соблюдении диеты, отказе от курения, уровне физических нагрузок в амбулаторных картах не значилось. При анализе социального аспекта реабилитации удалось установить, что работающих на момент ОИМ было 40,6% пациентов. Из них после ОИМ по результатам МСЭ инвалидность установлена у 71,1% больных (66,1 – 2 группа, 5% - 3 группа). При этом фактов снижения группы инвалидности, а также сведений о трудовой адаптации при дальнейшем наблюдении за больными установлено не было. Данных о физических, психических аспектах реабилитации в амбулаторных картах больных, перенесших ОИМ, не значилось.

Выводы: В реальной клинической практике на амбулаторном этапе реабилитации отсутствуют в должном объеме медицинские, физические, социальные, психологические методы восстановительного лечения больных перенесших инфаркт миокарда. Одним из методов устранения выявленных дефектов амбулаторного этапа реабилитации может быть организация и проведение комплексных реабилитационных программ в условиях специализированного отделения кардиореабилитации.

0722 ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА У КУРЯЩИХ И НЕКУРЯЩИХ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Подзолков В. И., Брагина А. Е., Родионова Ю. Н., Панфёрова Е. К.
ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова Росздрава, Москва, Россия

Цель: изучить особенности почечной гемодинамики и морфофункционального состояния миокарда у курящих и некурящих мужчин и женщин с гипертонической болезнью (ГБ).

Методы: основную группу составили 138 человек (88 женщин и 50 мужчин), средний возраст 50,1±5,6 лет, с ГБ. В контрольную группу были включены 20 некурящих человек (10 мужчин и 10 женщин) без ГБ. Всем пациентам проводились ангиосцинтиграфия почек и эхокардиография.

Результаты: все обследованные группы были сопоставимы. Распространенность курения среди мужчин выше (60%), чем у женщин (11%) ($\chi 2$, p=0,000). В основной группе выявлены достоверные различия показателей почечного кровотока у курящих мужчин и женщин. Кровоток в левой почке у мужчин составлял 484,3±81,2, у женщин 266,7±68,5 мл/мин (p=0,000), в правой почке 478,3±85,9 и 263,3±70,3 мл/мин (p=0,000)соответственно. Также отмечались достоверные половые различия почечной перфузии у некурящих больных ГБ. Так, кровоток в левой почке у мужчин составлял 389,0±90,7, у женщин 232,2±69,9 мл/мин (p=0,000), в правой почке 396,0±91,5 и 239,5±75,5 мл/мин (p=0,000) соответственно. При этом установлены достоверные различия почечного кровотока между курящими и некурящими мужчинами (p=0,000). У женщин данные показатели от факта курения не зависели (p=0,132). ОСКФ у курящих женщин (117,0±11,5 мл/мин) ниже, чем у курящих мужчин(132,4±17,2 мл/мин) (p=0,01). Аналогичные результаты получены среди некурящих: 107,5±24,6 мл/мин и 147,3±38,5 мл/мин (p=0,000), соответственно. Достоверных различий между уровнем ОСКФ у мужчин и женщин контрольной группы не обнаружено: 123±4,4 мл/мин и 120±3,2 мл/мин (p=0,1) , соответственно. Результаты ЭхоКГ свидетельствуют о более высоком индексе массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) в популяции курящих мужчин при сравнении с некурящими: 147,8±20,8 г/см^3 и 129, 1±15,7 г/см^3 (p=0,002); у курящих и некурящих женщин показатель составил: 118,9±13,1 г/см^3 и 109,1±11,2 г/см^3 (p=0,015), соответственно. Общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС) у курящих мужчин составило 1067,1±231,6 дин/с/см^5, у некурящих - 1085,5±205,2 дин/с/см^5(p=0,744). ОПСС у курящих

и некурящих женщин: 1403,3±234,8 дин/с/см^5 и 1335,9±201,7 дин/с/см^5 (p=0,495), соответственно. Также выявлены достоверные половые различия ОПСС у курящих (p=0,000) и некурящих (p=0,000) больных ГБ.

Выводы: у женщин с ГБ независимо от факта курения выявляются достоверно более низкие значения почечного кровотока, ОСКФ и более высокие показатели ОПСС, чем у мужчин сопоставимых групп. При этом у курящих мужчин отмечаются достоверно более высокие значения почечного кровотока, чем у некурящих. ИММЛЖ выше у курильщиков, независимо от пола.

0723 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Подзолков В.И., Брагина А.Е., Панферова Е.К., Родионова Ю.Н.
ММА им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель исследования: изучить гендерные особенности вариабельности ритма сердца (ВРС) и их взаимосвязь с показателями углеводного и липидного обмена у пациентов с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы: в исследование были включены 27 женщин (средний возраст 54,7±5,47 лет, индекс массы тела (ИМТ) 31,4±3,3 кг/м^2, продолжительность артериальной гипертонии (АГ) 13,4 ±10,4 лет) и 11 мужчин (средний возраст 49,36±10,3 лет; ИМТ 33±4,5 кг/м^2; продолжительность АГ 11,4±8,2 лет) с МС. Всем пациентам проводилось суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, активная ортоклиностатическая проба с использованием аппаратного комплекса CardioMem CM 3000, «Getemed» (Германия).

Результаты: обследованные группы женщин и мужчин были сопоставимы по демографическим и клиническим данным. При проведении спектрального анализа ВРС в покое у женщин мощность волн низкой частоты (НЧ) в структуре спектра была выше по сравнению с мужчинами (17,77% и 13,55%, н/д, соответственно). Во время проведения активной ортоклиностатической пробы в обеих группах наблюдалось снижение низкочастотного компонента спектра, однако у женщин по сравнению с мужчинами сохранялись более высокие показатели НЧ (12,74% и 11,79%, н/д при ортостазе и 13,58% и 11,49%, p=0,026 при клиностазе соответственно). Мощность волн сверхнизкой частоты (СНЧ) в структуре спектра в состоянии покоя преобладала у мужчин по сравнению с женщинами (83,3% и 71,98% , н/д, соответственно). При проведении пробы у женщин в ортостазе отмечалось повышение СНЧ, а в группе мужчин - снижение (81,92% и 79,98%, p=0,025, соответственно), в клиностазе у женщин эти показатели стали ниже исходных значений, у мужчин – повысились (74,21% и 84,30%, p=0,012 соответственно,). Корреляционный анализ в группе мужчин выявил взаимосвязь СНЧ в ночные часы и в клиностазе с уровнем глюкозы плазмы крови (r=0,87, p=0,005 и r=0,83, p=0,079 соответственно), СНЧ в ночное время с уровнем триглицеридов плазмы крови (r=0,88, p=0,021). У женщин была выявлена корреляционная связь СНЧ в ночные часы с уровнем глюкозы и в дневные часы с имеющимся нарушением толерантности к углеводам (r=0,42, p=0,081 и r=0,5, p=0,08 соответственно). Достоверная взаимосвязь между уровнем триглицеридов и глюкозы плазмы крови была выявлена лишь у мужчин (r=0,95, p=0,0038).

Выводы: при проведении активной ортоклиностатической пробы отмечается гендерная разнонаправленность соотношений низкочастотного и сверхнизкочастотного компонентов в общей мощности спектра. Преобладание сверхнизкочастотной составляющей спектра у мужчин достоверно коррелирует с уровнем глюкозы и триглицеридами плазмы крови.

0724 ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА И ЛИХОРАДКИ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА ПРИ БАРТОНЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ В РОССИИ

Подзолков В.И.[1], Круглов А.Н.[1], Осадчая В.А.[1], Фролова Г.П.[1], Бармина Г.В.[1], Морозова О.А.[1], Kosoy M.[2]
ГОУ ВПО Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова Росздрава[1], Москва, Россия; Centers for Disease Control and Prevention[2], Fort Collins, Colorado (США)

Цель: выделение культуры бактерий рода Bartonella и оценка клинических и эпидемиологических особенностей течения инфекционного эндокардита (ИЭ) и лихорадки неясного генеза (ЛНГ) при бартонеллезе.

Методы: в рамках международного проекта при поддержке фонда BTEP (Biotechnology Engagement program) обследовали 172 пациента, поступавших в клиники ММА им. И.М.Сеченова с направительным диагнозом ИЭ (39 больных) или ЛНГ (133 больных). Эпидемиологический анамнез собирали с помощью анкеты-опросника, анализировали истории болезни, проводили осмотр, посев крови на культуры клеток Vero, полимеразную цепную реакцию с 4-мя парами специфических праймеров (16S РНК, gltA, ftsZ, ribC), RFLP и сиквенирование, определяли титр специфических антител к бактериям рода Bartonella методом непрямой иммунофлюоресценции. Чувствительность выделенных штаммов к антибиотикам определяли методом минимальной ингибирующей концентрации.

Результаты: всего антитела к различным видам бактерий рода Bartonella в титрах выше 1:64 выявлены у 18 (10,5%) пациентов. Среди пациентов с ИЭ антитела выявлены у 7 (17,9%) больных, среди пациентов с ЛНГ у 11 (8,7%) больных.

Впервые в России от 2 больных женского пола (1 с ЛНГ, 1 с ИЭ) в возрасте 20 и 30 лет выделены культуры бактерий Bartonella vinsonii subsp. arupensis (штаммы ММА-81 и ММА-82), повышение титров антител к Bartonella vinsonii до 1:64. Выделенные штаммы были слабо чувствительны к гентамицину и клиндамицину и высокочувствительны к рифампицину и эритромицину. Особенности клинического течения бартонеллеза включали: благополучный социальный анамнез, контакт с кошками, острое начало заболевания с длительным течением, выраженный интоксикационный синдром, неправильный тип температурных кривых, отсутствие клинических признаков классических бартонеллезов, низкие значения острофазовых показателей в анализах крови.

Выводы:

1. Распространенность носительства антител к различным видам бактерий рода Bartonella у лиц с ЛНГ и/или ИЭ составила 10,5%.
2. Впервые в Российской Федерации показана этиологическая значимость бактерии вида Bartonella vinsonii subsp. arupensis у больных с ЛНГ и подозрением на ИЭ.
3. Выделенные штаммы Bartonella vinsonii subsp. arupensis наиболее чувствительны к рифампицину и эритромицину, малочувствительны к гентамицину и клиндамицину.
4. Клиническая картина современных эмержентных бартонеллезов носит неспецифический и стертый характер.

0725 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС ПО ДАННЫМ 48-ЧАСОВОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ

Подзолков В.И., Тарзиманова А.И.
Московская Медицинская Академия им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель исследования: Оценить риск внезапной сердечной смерти у больных ИБС по данным 48-часового мониторирования ЭКГ.

Материалы и методы: В исследование включено 52 (100%) больных ИБС в возрасте от 49 до 86 лет (в среднем 67,6±6,5 лет). В зависимости от показателей фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) больные были разделены на 2 группы: у 18 (34,6%) больных ФВ ЛЖ была менее 40%, 34 (65,4%) пациентов имели нормальные значения ФВ ЛЖ. Контрольную группу составили 15 здоровых добровольцев в возрасте от 17 до 32 лет (средний возраст 22±4 года). Стратификация риска внезапной сердечной смерти оценивалась по данным 48-часового мониторирования

ЭКГ с определением вариабельности сердечного ритма (SDNN), альтернации зубца Т (TWA), турбулентности ЧСС (ТО, TS). Конечной точкой исследования была внезапная смерть больных, длительность наблюдения составила 12 месяцев.

Результаты: В группе больных ИБС у 4 (22%) пациентов с ФВ ЛЖ<40% и у 6 (17,6%) больных с ФВ ЛЖ >40% были выявлены высокие значения альтернации зубца Т более 65 мV. При оценке показателей турбулентности ЧСС 6 (34%) больных с ФВ ЛЖ<40% и 2 (6%) пациента с ФВ ЛЖ >40% были отнесены к группе высокого риска внезапной сердечной смерти. У всех больных контрольной группы значения альтернации зубца Т и турбулентности ЧСС находились в пределах нормальных значений. Через 6 месяцев наблюдения в группе больных с ФВ ЛЖ<40% умерло 2(6%) больных, оба пациента имели высокие значения альтернации зубца Т и были отнесены к группе высокого риска по показателям турбулентности ЧСС.

Выводы: Альтернация зубца Т и турбулентность ЧСС являются надежными предикторами внезапной сердечной смерти у больных ИБС.

0726 ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ СЕРДЦА: ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Позднякова Н.В., Татарченко И.П., Бирюченко М.В., Секерко С.А.
ГОУ ДПО «ПИУВ Росздрава», ФГУЗ «МСЧ-59 ФМБА России», Пенза, Россия

С ростом заболеваемости ишемической болезнью сердца (ИБС) и высокой смертностью среди лиц трудоспособного возраста связаны большие социально-экономические потери. Особую значимость приобретает своевременное прогнозирование электрической нестабильности сердца (ЭНС), которая является ключевой в развитии угрожающих жизни аритмий, определения подходов к лечебной тактике, снижающей риск сердечной смерти.

Цель: изучить динамику показателей сигнал-усредненной ЭКГ (СУ-ЭКГ) с выделением поздних потенциалов желудочков (ППЖ), вариабельности сердечного ритма (ВРС) и данных холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМ ЭКГ) у больных ИБС, возможности коррекции ЭНС при комплексной терапии.

Материал и методы: 95 больных ИБС /70 мужчин и 25 женщин/, средний возраст - 52,3±4,5 лет. Больные распределены по 3 группам. В 1-й группе (n=34) проводилась стандартная терапия (нитраты, аспирин, при необходимости - ингибиторы АПФ), во 2-й группе (n=33) дополнительно к стандартному лечению назначали селективные БАБ (атенолол, средняя доза – 75 мг), в 3-й группе (n=28) к стандартному лечению добавлен ивабрадин (препарат «Кораксан», средняя доза-7,5 мг). Помимо клинического обследования были проведены инструментальные исследования: электрокардиография, холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ), велоэргометрия, эхокардиография, ЭКГ высокого разрешения (ЭКГ-ВР), анализ показателей вариабельности ритма сердца (ВРС).

Результаты: назначение атенолола к стандартной терапии позволило снизить ЧСС с 75,1±7,3 до 63,1±5,6 уд/мин, кораксана с 79,2±8,1 до 62,6±4,7 уд/мин. Исходно при ХМ ЭКГ во всех группах суточная продолжительность ишемии (СИМ), общее количество эпизодов болевой (БЭИМ) и бозболевой (БИМ) ишемии миокарда сопоставимы. Через 6 мес наибольшее уменьшение СИМ - в группе с кораксаном: с 36,2±3,3 до 10,3±2,1 мин, p<0,05. Адекватное уменьшение СИМ выявлено и во 2 группе с атенололом - с 34,1±2,3 до 20,2±2,2 мин. В 1 группе при стандартной терапии количество БЭИМ и БИМ осталось без значимой динамики. В группе с кораксаном количественный анализ ЭКГ-ВР показал уменьшение продолжительности фильтрованного комплекса QRS от 122,4±1,2мс до109,4±1,3мс, продолжительности низкоамплитудных сигналов LAH Fd от 43,2±2,1мс до 23,3±2,4мс, p<0,05. В 3 группе частота регистрации поздних потенциалов желудочков (ППЖ) при значимом уменьшении СИМ снизилась с 21,4% до 10,7%, в группе с БАБ также отмечали снижение частоты ППЖ с 21,2% до 15% при меньшем (в сравнении с исходным) количестве эпизодов ишемии. В 1 группе частота ППЖ достоверно не изменилась и составила 19% (исходно – 20,6%). В группе с атенололом отмечены изменения показателей ВРС, свидельствующие об ослаблении симпатического влияния на синусовый ритм - увеличение SDNN с 24,9±1,7 мс до 46,3±2,3мс, уменьшение LF/HF с 3,67±0,34 до 1,73±0,24. На фоне кораксана регистрировали не только изменение SDNN (с 25,3±1,6мс до 37,3±2,9мс), но и значимое увеличение rMSSD.

Таким образом, включение БАБ и кораксана в комплексную терапию больных ИБС наряду с контролем ЧСС при достоверном уменьшении суточной ишемии и количества эпизодов ишемии позволила снизить частоту регистрации ППЖ, улучшить показатели ВРС.

0727 РОЗУВАСТАТИН И ФЕНОФИБРАТ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2: ВЛИЯНИЕ НА ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР И МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ.

Поленова Н.В., Явелов И.С., Казначеева Е.И., В.П.Масенко В.П., Грацианский Н.А.
Республиканский Центр Атеросклероза, ГУ НИИ ФХМ Росздрава, Москва, Россия

Предпосылки: Коррекция дислипидемии рекомендована всем больным сахарным диабетом типа 2, так как позволяет заметно снизить риск возникновения сердечно-сосудистых событий и последующих неблагоприятных исходов. Хотя статины являются препаратами выбора для лечения диабетической дислипидемии, применение фибратов, способных эффективно снижать уровень триглицеридов (обычно повышенных при диабете), также может представлять интерес. Кроме того, нелипидные эффекты препаратов статинов и фибратов у пациентов с сахарным диабетом типа 2 изучены недостаточно.

Цель исследования: Сравнить гиполипидемическую эффективность и влияние на уровни маркеров воспаления (С-реактивный белок [С-РБ], интерлейкин [ИЛ]-6, фибриноген) розувастатина 10 мг и фенофибрата 200 мг у больных сахарным диабетом типа 2 и сниженным уровнем холестерина липопротеидов высокой плотности [ХС-ЛВП].

Материалы и методы: В исследование включались больные с установленным диагнозом сахарного диабета типа 2 в возрасте не старше 75 лет. Всего было включено 30 больных в возрасте от 47 до 74 лет (в среднем 62,5±1,3 года), из них – 20 (67%) женщин. Все больные страдали артериальной гипертонией, у большинства имела место коронарная болезнь сердца – 25 (83%). После 4-х недель отмывочного периода больные были рандомизированы к приему розувастатина 10 мг или микронизированного фенофибрата 200 мг (17 и 13 больных соответственно). Перед началом и по окончании исследования были измерены уровни липидов, С-РБ, ИЛ-6, стандартные биохимические показатели и гликированный гемоглобин [Hb A1C].

Результаты: Уровень глюкозы и гликированного гемоглобина был соответственно 9,14±0,5 ммоль/л и 6,8±0,2% в начале исследования,– 8,78±0,5 ммоль/л и 7,0±0,2% по окончании лечения (p>0,05). Также не было статистически значимых различий по этим параметрам между двумя группами вмешательства. Общий холестерин снизился с 5,59±0,27 до 3,89±0,17 ммоль/л в группе розувастатина и с 6,0 ±0,31 до 4,86±0,25 в группе фенофибрата (p= 0,003); ХС ЛПНП - с 3,68±0,22 до 2,65±0,17 ммоль/л в группе розувастатина и с 4,26±0,29 до 3,28±0,2 ммоль/л в группе фенофибрата (p<0,001), триглицериды — с 2,2±1,0 до 1,7±1,0 ммоль/л в группе розувастатина и с 2,6±1,3 до 1,4±1,0 ммоль/л в группе фенофибрата (p=0,48). Кроме того, в обеих группах отмечено повышение уровня ХС ЛПВП: с 0,95±0,1 до 1,08±0,3 ммоль/л в группе розувастатина и с 0,89±0,1 до 1,07±0,2 ммоль/л в группе фенофибрата (p=0,84). Уровни С-РБ, ИЛ-6 и фибриногена не различались ни в начале, ни по окончании лечения как в целом, так и между подгруппами.

Заключение: У больных сахарным диабетом типа 2 и сниженным уровнем ХС ЛПВП применение розувастатина 20 мг в сутки и фенофибрата 200 мг/сут в течение 3-х месяцев произвело ожидаемое действие на уровни общего холестерина, хо-

лестерина ЛПНП, триглицеридов и ХС ЛВП. Однако заметного влияния на уровни фибриногена, С-РБ и ИЛ-6 ни один из препаратов не оказал. Последнее могло быть как отражением истинного отсутствия эффекта, так и следствием низкого исходного уровня этих маркеров воспаления.

0728 ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ВЕЛИЧИНА ДОБАВОЧНОГО РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Поликина О.А., Викентьев В.В.
МГМСУ, Москва, Россия

Цель: как известно, у пациентов с метаболическим синдромом имеется целый ряд факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). В то же время, многие авторы рассматривают эндотелиальную дисфункцию (ЭД) как начальную стадию атеросклеротического процесса, что позволяет предположить, что дисфункция эндотелия может расцениваться или как независимый фактор риска ССЗ, или как маркер уже имеющейся патологии сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы: в проспективное исследование включено 302 пациента с метаболическим синдромом (возраст 36,4+2,1 год, 55% мужчины, московская популяция). Период наблюдения – 7 лет. Исходно всем больным проведены общеклиническое и лабораторное обследования, эхокардиография (ЭХОКГ), суточное мониторирование ЭКГ и АД. Для оценки функции эндотелия измерялся диаметр плечевой артерии исходно и при проведении пробы с реактивной гиперемией (эндотелий-зависимая вазодилатация, Δ FMD%). В исследуемую группу вошли 104 человека (возраст 37,0±3,6 лет, 54% мужчины) с ЭД на уровне Δ FMD 189,2±19,7%. Группа контроля — 198 пациентов без ЭД. Наличие ИБС исключалось при помощи коронароангиографии или стресс-ЭхоКГ. Повторные осмотры проводились через 2 и 7 лет (включая стресс-ЭХОКГ).

Результаты: через 2 года ИБС выявлена у 38 пациентов из исследуемой группы и 26 человек из группы контроля. Через 7 лет летальность в исследуемой группе составила 7,69%, а в группе контроля – 3,03%, тогда же у 52 и 44 человек соответственно ретроспективно была выявлена ИБС.

Выводы: у пациентов с метаболическим синдромом без ИБС ЭД может быть рассматриваться как самостоятельный фактор риска, в то время как у больных с сочетанием метаболического синдрома и ИБС ЭД является маркером сердечно-сосудистых событий.

0729 КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ГЕНОВ РЕГУЛЯТОРОВ ВОДНО-СОЛЕВОГО ОБМЕНА, СОСУДИСТОГО ГОМЕОСТАЗА И СИГНАЛЬНОЙ ТРАНСДУКЦИИ НА РАЗВИТИЕ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Полоников А.В., Шестаков А.М., Ушачев Д.В., Солодилова М.А., Кононенко Е.К., Колесникова О.Е., Гриднев А.А., Булгакова И.В.
Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

В настоящее время уже не вызывает сомнений тот факт, что разнообразные осложнения, развивающиеся на фоне артериальной гипертензии (АГ), жестко генетически детерминированы. Одним из наиболее грозных осложнений гипертонической болезни (ГБ) является развитие мозгового инсульта. Поэтому своевременное выявление предрасположенности к инсульту у больных ГБ позволит разработать адекватные лечебно-превентивные мероприятия, направленные на предупреждение развития осложнения. Комплексная оценка взаимодействия генов и их совместного влияния на риск развития мозгового инсульта проводится впервые.

Цель. Провести комплексную оценку влияния 12 полиморфных вариантов 9 генов: G460W гена a-аддуцина (ADD1), G272S и C825T гена b3 субъединицы гуанин нуклеотид-связывающего белка (GNB3), E298D и -786T/C гена эндотелиальной синтазы окиси азота (NOS3), R287Q гена цитозольной эпоксидгидролазы (EPHX2), T174M и M235T гена ангиотензиногена (AGT), 1166A/C гена рецептора 1 типа к ангиотензину-II (AGTR1), I/D гена ангиотензин превращающего фермента (ACE), R25P трансформирующего фактора роста b1 (TGFb1) и A4582C гена минералокортикоидного рецептора (MLR) на формирование предрасположенности к мозговому инсульту на фоне ГБ.

Методы. Генотипирование образцов ДНК 203 больных ГБ осуществлялось путем ПДРФ-анализа продуктов ПЦР согласно протоколам, описанным в литературе. Для оценки влияния межгенных взаимодействий на риск развития мозгового инсульта использовался метод бинарной логистической регрессии, реализованный в статистическом пакете Statistica 6.0. При оценке уравнений регрессии использовался метод пошагового включения предикторов, который ранжировал полиморфные гены в соответствии с их вкладом в модель.

Результаты. Из всех тестированных регрессионных моделей наиболее удовлетворительной моделью, описывающей влияние взаимодействия генов на риск развития мозгового инсульта, была модель, включающая следующие полиморфные гены: R287Q EPHX2, G460W ADD1, G272S GNB3, M235T AGT и A4582C MLR ($c2=23,73$; $p=0,00025$). В качестве критерия согласия реального распределения наблюдений использовался процент правильной переклассификации, который свидетельствовал о том, что построенная регрессионная модель в 58% случаев правильно прогнозирует вероятность развития инсульта и в 100% случаев позволяет исключить риск его возникновения у больных ГБ.

Выводы. Разработанная с помощью логистического регрессионного анализа модель является более эффективной в отношении исключения у пациентов возможного риска развития инсульта на фоне гипертонической болезни и, таким образом, может использоваться для прогнозирования риска церебральных поражений на ранних этапах первичной диагностики гипертонической болезни.

0730 ТЯЖЕСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ЕЕ СВЯЗЬ С КОЛИЧЕСТВЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ БЕЛКОВ ЦИТОСКЕЛЕТА ЭРИТРОЦИТОВ

Полоников А.В., Ушачев Д.В., Шестаков А.М., Колесникова О.Е., Булгакова И.В., Гриднев А.А.
Курский государственный медицинский университет, Кафедра медицинской биологии, генетики и экологии, Курск, Россия

Отклонения структурной организации и функционирования плазматических мембран клеток различных типов рассматриваются в качестве ключевых патогенетических механизмов гипертонической болезни (ГБ), которые лежат в основе изменения активности ионтранспортных процессов и способствуют системному повышению уровня артериального давления (АД). Ранее нами при ГБ были установлены генетически детерминированные изменения количественного содержания основных мембранных белков эритроцитов.

Целью настоящего исследования явилось изучение связи количественного содержания основных белков мембран эритроцитов со степенью тяжести артериальной гипертензии (АГ).

Методы. Материалом для исследования послужила выборка 130 больных ГБ, находившихся на стационарном лечение на базе кардиологических отделений ОКБ и БСМП г. Курска. У всех обследуемых проводился забор венозной крови для проведения биохимических исследований. Количественное содержание мембранных белков эритроцитов оценивали с помощью одномерного электрофореза в полиакриламидном геле по методу Laemmli. Для оценки различий в количественном содержании мембранных белков эритроцитов у больных с различными степенями тяжести ГБ использовали однофакторный дисперсионный анализ по Фишеру. Сравнение дисперсий количественных показателей проводили по критерию Брауна-Форсайта. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью статистического пакета Statistica 6.0.

Результаты. Распределение больных по степени тяжести ГБ было следующим: 1) мягкая АГ (САД 140-159 мм рт.ст, ДАД 90-99) – n=8 (6,2%); 2) умеренная АГ (САД 160-179 мм рт.ст, ДАД 100-109) – n=14 (10,8%); 3) тяжелая АГ (САД 180-209 мм рт.ст, ДАД 110-119) – n=9 (6,9%); 4) очень тяжелая АГ (САД 210 и > мм рт.ст, ДАД 120 и >) – n=99 (76,2%). Дисперсионный анализ позволил установить связь степени тяжести течения ГБ с количественной вариабельностью основных цитоскелетных белков мембран эритроцитов: b-спектрина (F=6,67; p=0,0003), белка 4,1 (F=3,33; p=0,02), актина (F=3,51; p=0,02) и глутатион-S-трансферазы (F=3,99; p=0,01). Основной тренд изменений количественного содержания мембранных белков по мере утяжеления ГБ характеризовался прогрессирующим повышением уровня актина и белка 4,1, а также снижением содержания b-спектрина и мембран-ассоциированного фермента глутатион-S-трансферазы.

Выводы. Полученные данные демонстрируют сопряженность структурных изменений клеточных мембран эритроцитов со степенью тяжести гипертонической болезни.

0731 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Полянская Е.А., Козиолова Н.А.
Государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера, Пермь, Россия

Цель: выявить некоторые патогенетические особенности развития сердечной недостаточности (СН) у больных острым коронарным синдромом (ОКС).

Методы: проведено одномоментное скрининговое обследование 46 пациентов с ОКС в возрасте от 37 до 70 лет. Всем пациентам на 3 сутки от ОКС проводилось эхокардиографическое исследование, а на 10 сутки – биохимическое исследование крови, определялись липидный спектр с оценкой аполипопротеинов (АпоА1 и АпоВ100) и липопротеина-альфа (ЛП(а)), маркеры воспаления (С-реактивнго белка (СРБ) и фибриногена), уровень тканевого ингибитора матриксных металлопротеиназ-1 (TIMMP-1), уровень концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP). Оценивалась также длительность течения ИБС по анамнезу.

Результаты: по уровню NT-proBNP пациенты были разделены на 3 группы: в первую группу вошли пациенты, имевшие уровень NT-proBNP ниже 220 нг/дл, во вторую – с уровнем NT-proBNP 220-1500 нг/дл, в третью – с уровнем NT-proBNP более 1500 нг/дл. В первую группу вошли 5 пациентов (10,9%), средний уровень NT-proBNP составил 82,83±13,25 нг/дл, во вторую 33 (71,7%), средний уровень NT-proBNP 451,38±312,21, в третью – 8 (17,4%), средний уровень NT-proBNP 2868,00+2312,57нг/дл. Средний возраст 1 группы составил 66,00±9,53 лет, 2 группы – 62,90+11,48 года, 3 группы – 62,00±6,86 года без достоверного различия между группами. Также достоверных различий не было выявлено по липидному спектру и маркерам воспаления. По уровням АпоА1 (116,76±12,92, 116,85±18,91, 107,26±19,47 мг/дл в 1, 2 и 3 группах соответственно), АпоВ100 (118,98±8,17, 137,32±37,72, 114,90±36,48 мг/дл в 1, 2 и 3 группах соответственно), ЛП(а) (18,67±4,04, 42,92±44,52, 30,00±19,70 в 1, 2 и 3 группах соответственно), СРБ (0,43±0,59, 1,25±1,58, 1,20±1,02 в 1, 2 и 3 группах соответственно) достоверных различий между группами не выявлено. В 3 группе длительность течения ИБС была достоверно меньше, чем в 2 группе, а во 2 группе достоверно меньше, чем в 1 группе (в 1 группе - 101,30+24,38 мес, во 2 - 62,37±32,03 мес, в 3 - 28,37±38,90 мес (p_{1-2}=0,050, p_{2-3}=0,015)). Выявлены достоверные различия между группами по фракции выброса (ФВ): ФВ составила 56,50±6,36%, 54,80±9,56%, 44,70±11,9% в 1, 2 и 3 группах соответственно (p_{2-3}=0,016; p_{1-3}=0,002). Достоверно различались уровни TIMMP-1 между группами с низким и умеренно высоким уровнем NT-proBNP: 514,67±204,98 нг/дл, 633,07±2,91 нг/дл, 632,75±3,85 нг/дл в 1, 2 и 3 группах соответственно (p_{1-2}<0,001).

Выводы: у 10,9% пациентов ОКС по данным NT-proBNP признаки СН отсутствовали. Выявлена обратная достоверная корреляционная связь между длительностью течения ИБС и уровнем NT-proBNP. У больных ОКС ФВ имеет прямую корреляционную зависимость с уровнем NT-proBNP. TIMMP-1 наибольший у пациентов ОКС с низким уровнем NT-proBNP.

0732 ВЛИЯНИЕ ТИМОЛОЛА И АМЛОДИПИНА НА ЭКСКРЕЦИЮ КАТЕХОЛАМИНОВ У БОЛЬНЫХ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Попеску Л.Ф., Сапожник Н., Дурня А., Карауш А.П.
Институт Кардиологии, МЗ, Кишинёв, Молдова

Цель исследования: Изучение влияния 6-ти месячной комбинированной терапии с добавлением Тимолола или Амлодипина на суточную экскрецию катеколаминов у больных с диастолической дисфункцией гипертонического генеза.

Материалы и методы: В исследование были включены 101 пациент (55,4% мужчин и 44,6% - женщин, средний возраст - 51±0,6 лет, средняя длительность гипертонии – 14,5±0,7 месяцев) с эссенциальной гипертонией II – III степени и диастолической дисфункцией (по данным эхокардиографии), с сердечной недостаточностью функциональный класс I-III (NYHA) (I NYHA – 37,6 %, II NYHA – 58,4 %, III NYHA – 4%). Период наблюдения составил – 6 месяцев.

Методом случайной выборки больные были разделены на 2 группы: пациентам 1-ой группы (45 больных) назначали Лизиноприл в дозе 20 мг/сутки, Индапамид 2,5 мг/сутки + Амлодипин – 5-10 мг (средняя доза 8,7±0,3 мг/сутки); пациентам 2-ой группы (56 больных) – Лизиноприл в дозе 20 мг/сутки, Индапамид 2,5 мг/сутки + Тимолол – 10-40 мг (средняя доза – 16,0±0,68 мг/сутки). Всем больным определяли начальный уровень адреналина и норадреналина в плазме крови и моче по Э. Ш. Матлиной и после 6-ти месячного периода лечения.

Результаты исследования: Изначально уровни адреналина и норадреналина в плазме и моче были умеренно повышены, но сопоставимы в обеих группах. К концу 6-ти месячного периода комбинированной терапии концентрация адреналина и норадреналина плазмы крови достоверно снизилась во 2-й группе с 2,7±0,1ммол/л и 7,7±0,2 ммол/л до 2,3±0,1ммол/л и 7,1±0,9 ммол/л ($p<0,01$) и не изменилась в 1-й группе. Та же тенденция была выявлена и в отношении адреналина и норадреналина. Комбинированная терапия Тимололом в дозе 16,0±0,68 мг/сутки привела к достоверному снижению уровней адреналина и норадреналина мочи с 92,6±8,0 нмол/24 часа и 249,8±21,2 нмол/24 часа до 73,5±5,2 нмол/24 часа и 198,6±11,6 нмол/24 часа ($p<0,01$) соответственно и практически не изменились при назначении Амлодипина.

Выводы: 1. У пациентов с диастолической дисфункцией гипертонического генеза, до появления систолической дисфункции, происходит умеренная активация симпатоадреналовой системы. 2. Добавление неселективного бета-адреноблокатора Тимолола к базисной терапии приводит к достоверному снижению уровня адреналина и норадреналина плазмы крови у этой категории больных. 3. В связи с повышенным риском нарушений ритма при длительном воздействии катехоламиновой агрессии у пациентов с диастолическими расстройствами, можно предположить что терапия неселективными бета-адреноблокаторами позволяет улучшить прогноз у этих больных.

0733 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАЗОМОТОРНОЙ ФУНКЦИИ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Попова А.А., Маянская С.Д., Антонов А.Р., Лукша Е.Б.
Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Результаты экспериментальных и клинических исследований последних лет подтвердили концепцию о важной причинно

- следственной взаимосвязи между эндотелиальной дисфункцией и развитием и прогрессированием артериальной гипертонии.

Цель исследования: оценка вазорегулирующей функции эндотелия сосудов у пациентов пожилого возраста с АГ II, III ст., риск 3 и 4.

В исследование включили 74 мужчины в возрасте 60–75 лет (средний возраст 72,5±2,7 г.) с АГ II, III ст., риск 3,4. 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 путем определения сывороточного уровня суммарной продукции оксида азота по количеству его метаболитов (нитратов и нитритов). Контрольную группу составили 25 мужчин в возрасте 60–75 лет (средний возраст 67,3±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 составлял 4,06±0,4 мм, а через год – 3,78±0,42 мм. В фазу реактивной гиперемии (120 сек. после декомпрессии) отмечалось увеличение диаметра плечевой артерии до 7,0 мм и 7,88 мм через год наблюдения соответственно. По сравнению с контрольной группой прирост диаметра плечевой артерии в группе с АГ достоверно оказался в 1,9 раза меньше, а через год – по сравнению с первым измерением меньше на 18,3% , и с контролем в 2,2 раза.

Уровень суммарной продукции NO у лиц с АГ был в 2,1 раза ниже, чем в группе контроля. Через год разница между группами стала 38%. При сравнении первоначального уровня продукции NO у больных с АГ и его уровня через год, продукция NO уменьшилась на 31,3%. В группе контроля через год продукция NO практически не изменилась.

Таким образом, у пациентов с АГ в процессе старения статистически достоверно уменьшается вазодилятация и способность эндотелия к продукции NO, что, по-видимому, играет немаловажную роль в развитии и прогрессировании артериальной гипертонии.

0734 НЕОБХОДИМОСТЬ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ С КАРДИОРЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИЕЙ

Попов С.В., Савенкова Г.М., Антонченко И.В., Криволапов С.Н., Соколов А.А., Марцинкевич Г.И., Минин С.М.
ГУ НИИ кардиологии ТНЦ РАМН, Томск, Россия

Цель исследования: изучить эффективность кардиоресинхронизирующей терапии (КРТ) и частоту возникновения желудочковых нарушений ритма у пациентов (пац.) с рефрактерной ХСН и диссинхронией желудочков.

Материалы и методы. В исследование включено 35 пац. (11 женщин) в возрасте от 42 до 68 лет (58,3±14,4 года). ИБС диагностирована у 14 пац., ДКМП – у 21, СН III класса по NYHA – у 25 (68,6%), IV – 11 (31,4%), на синусовом ритме (СР) - 28 (80%) пац., остальные – с перманентной фибрилляцией предсердий (ФП). Все пац. получали оптимальную лекарственную терапию ХСН. У всех пац. до имплантации ЭКС были зарегистрированы желудочковые единичные экстрасистолы или куплеты, неустойчивая ЖТ – у 2 пац. (ДКМП), устойчивая – у 3 (ДКМП – 2, ИБС - 1). КРТ устройства с функцией автоматического кардиовертера-дефибриллятора (КРТ-Д) имплантированы 11 (31,4%) пациентам, из них для вторичной профилактики ЖТ – 5 (14,3%) пац. Кроме общеклинических исследований, осуществляли оценку диссинхронии, контроль гемодинамических показателей и размеров камер сердца с помощью ЭхоКГ, тест 6-ти минутной ходьбы и результаты суточного мониторирования ЭКГ.

Результаты. Оценка показателей проводилась через 3-5 дней, 3, 6 и 12 месяцев после операции. В раннем послеоперационном периоде было отмечено увеличение ФВ ЛЖ с 32,97±6,03% до 37,79±7,52%. Через 12 месяцев ФВ ЛЖ составила 39,67±8,11%, уменьшился КСО с 163,48±65,33 до 84,75±11,32 мл, без значимых изменений КДО; соотношение между классами СН составило: I – 5,7%, II – 20%, III – 68,6%, IV – 5,7%. Отмечено прогрессирование желудочковых нарушений ритма у 10 (28,6%) пац., залповая желудочковая экстрасистолия появилась у 5 человек и ЖТ – у 5. Одному пац. был дополнительно имплантирован автоматический КД, двум пац. КРТ заменена на КРТ-Д. У двух пац. с устройствами КРТ-Д, были отмечены срабатывания дефибриллятора. Таким образом, КРТ-Д проводилась 14 (40%) пац.

Выводы. КРТ привела к клиническому и гемодинамическому улучшению у 98,1% пац. с ХСН и желудочковой диссинхронией. Но, несмотря на это, выявлено прогрессирование желудочковых аритмий у 12,3% пац. и их появление еще у 12,3% пац. Возможно причиной возникновения и прогрессирования желудочковых аритмий является не КРТ, а тяжелое поражение миокарда у этих пац. хотя прямых доказательств, свидетельствующих в пользу такого предположения не имеется. Имплантация КРТ-Д устройств необходима пац. с выраженными клиническими проявлениями ХСН и диссинхронией желудочков для первичной профилактики внезапной смерти.

0735 СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗИЛТА И ПЛАВИКСА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Попонина Т.М., Попонина Ю.С., Хадыко Ю.А., Симонова Н.М., Капилевич Н.А.
ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава, ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования: изучить влияние зилта и плавикса на функцию тромбоцитов у больных с нестабильной стенокардией (НС) и инфарктом миокарда (ИМ) без зубца Q.

Методы: в рандомизированное, открытое, сравнительное исследование включены 260 больных с НС IIIB класса и ИМ без зубца Q. Больные I группы (n=50) не получали дезагреганты; больные II группы (n=50) получали зилт (клопидогрел производства компании KRKA, Словения) по 75 мг/сут; больные III группы (n=50) – плавикс (клопидогрел производства компании Sanofi - aventis, Франция) по 75 мг/сут; больные IV группы (n=50) – комбинацию зилта в дозе 75 мг/сут и кардиомагнила в дозе 75 мг/сут; больные V группы (n=60) –– комбинацию плавикса в дозе 75 мг/сут и кардиомагнила в дозе 75 мг/сут. Изучали агрегацию тромбоцитов, индуцированную аденозиндифосфатом и адреналином, на лазерном анализаторе агрегации тромбоцитов 230-LA.

Результаты: в группе пациентов, не получавших лечения дезагрегантами, наблюдалась гиперагрегация тромбоцитов. Плавикс статистически значимо снижал только АДФ-индуцированную агрегацию тромбоцитов. Показатели агрегации тромбоцитов в группе зилта были сходны с показателями в группе клопидогреля. Значения степени агрегации тромбоцитов по кривой светопропускания (индуктор АДФ 2,5 мг/мл) составили в группе без лечения 71,5±7,4 мг/мл, в группе зилта – 27,5±4,2 мг/мл (p=0,01), в группе плавикса – 28,5±5,3 мг/мл (p=0,01). Комбинация зилта или плавикса и кардиомагнила показала наиболее эффективные результаты: светопропускание при воздействии индукторов АДФ и адреналина было снижено примерно вдвое по сравнению с нормальными показателями.

Выводы: 1. Показатели агрегации тромбоцитов в группе зилта сходны с показателями в группе плавикса (клопидогреля оригинального производства).

2. Комбинация клопидогреля (зилта или плавикса) и кардиомагнила - наиболее эффективна по влиянию на агрегацию тромбоцитов.

0736 АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И ОСОБЕННОСТЕЙ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ПОРЯДКЕ СКОРОЙ ПОМОЩИ В МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

Попонина Т.М., Нолль Е.С.
ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава, Томский военно-медицинский институт, Томск, Россия

Цель исследования: проанализировать структуру и особенности лечения пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС), госпитализированных в порядке неотложной скорой помощи в многопрофильный терапевтический стационар.

Методы: Ретроспективно проведен клинико-статистический анализ историй болезни 194 случаев поступления пациентов с ОКС в порядке неотложной помощи в терапевтическое отделение многопрофильного стационара в период с января 2005 года по январь 2006 года.

Результаты: За указанный период поступили 194 пациента с ОКС: 70 (36,1%) мужчин в возрасте от 47 до 80 лет (средний возраст 68, 28±8,34 года) и 124 (63,9%) женщины в возрасте от 49 до 91 года (средний возраст 74, 13±11,36 года). 188 пациентов (96,9%) поступили с диагнозом нестабильной стенокардии, 6 (3,1%)- с инфарктом миокарда без зубца Q. Длительность заболевания ИБС составила у мужчин от 1 месяца до 10 и более лет, у женщин от 1 года до 10 и более лет. У 49 (46,4%) пациентов определялся постинфарктный кардиосклероз. Двум пациентам ранее была проведена операция реавскуляризации (ЧКВ и стентирование СЗА). Нарушения ритма были выявлены у 50 (25,8%) пациентов в виде пароксизмальной или постоянной формы фибрилляции предсердий или экстрасистолической аритмии. 4 (2,1%) пациента имели синдром слабости синусового узла, у двух отмечался преходящий синдром WPW. Попытка выявить дислипидемию проводилась лишь у части пациентов путем определения общего холестерина – у 106 (54,6%) и β-липопротеидов – у 62 больных (32%), при чем только у 4 (2,1%) из них определялись повышенные показатели общего холестерина и у 54 (28%) - β-липопротеидов. Фоновые заболевания: у 172 (88,7%) пациентов – артериальная гипертония, у 28 (14,4%) – сахарный диабет. В отношении большинства пациентов - 77,3% - сведения по курению, как фактору риска ИБС, отсутствовали. Среди оставшихся курили 30 (15,5%) пациентов. Длительность госпитализации составила от 7 до 22 дней, в среднем – 15,21±3,36 койко-дня. Медикаментозная терапия пациентов с ОКС проводилась антиангинальными препаратами (нитраты, β-блокаторы внутрь), прямыми антикоагулянтами (подкожное введение гепарина), антиагрегантами (аспирин). Анализ показал, что введение гепарина указанным способом не позволило ни у одного из пациентов достичь терапевтического диапазона АЧТВ. Пролонгированные инфузии нефракционированного гепарина, низкомолекулярные гепарины, статины и антиангинальные препараты парентерального способа введения не использовались в лечении пациентов с ОКС.

Выводы: Таким образом, объем проводимого лечения пациентам с ОКС в условиях терапевтического отделения многопрофильного стационара не соответствуют национальным рекомендациям ВНОК по лечению ОКС.

0737 ВЛИЯНИЕ КАРДОСА НА КЛИНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Попонина Т.М., Нолль Е.С., Попонина Ю.С., Столяров В.А., Портнягин Б.Ф.
ГОУ ВПО Сибирский Государственный медицинский университет Росздрава, Томский военно-медицинский институт, Томск, Россия

Цель работы: изучить влияние кардоса на клиническое состояние больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Методы: Обследовано 30 больных ишемической болезнью сердца стенокардией напряжения ФК III, течение которой осложнилось развитием ХСН II–III ст. ФК III (NYHA). У 22 больных в анамнезе выявлен крупноочаговый инфаркт миокарда, у 6 пациентов - аневризма левого желудочка, у 27 - артериальная гипертония, у 16 – постоянная форма фибрилляции предсердий. Заболевание протекало на фоне сахарного диабета у 8 больных. Средний возраст больных составил 60,4±1,7 лет. Все пациенты получали в течение 6 мес. кардос, содержащий сверхмалые дозы аффинно очищенных антител к С–концевому фрагменту АТ1–рецептора ангиотензина-II, в дозе 6 табл./сутки на фоне общепринятой терапии ХСН, включающей ингибиторы АПФ, β-адреноблокаторы, диуретики и сердечные гликозиды. Исходно и через 6 мес. лечения кардосом всем больным было проведено общеклиническое обследование, регистрация ЭКГ, ЭхоКГ, тест 6-ти минутной ходьбы, оценка качества жизни и клинического состояния (ШОКС).

Результаты: Исходно фракция выброса левого желудочка составила 27,5±1,1% (19-35%); дистанция 6-ти минутной ходьбы – 281,8±20,5 метров. Через 6 мес. лечения кардосом на фоне общепринятой терапии ХСН фракция выброса левого желудочка увеличилась статистически значимо до 31,9±1,7% (p=0,0279), причем у большинства больных (20) отмечалось увеличение фракции выброса (от 1 до 22%), у одного больного не было изменения фракции выброса, а у 7 больных фракция выброса уменьшилась (от 3 до 15%). Соответственно изменились результаты теста 6-ти минутной ходьбы через 6 мес.: дистанция 6-ти минутной ходьбы составила 324,6±22,0 метра (p=0,0279), причем у большинства больных (25 чел.) дистанция увеличилась на 10–190 метров, а у 3 пациентов уменьшилась (от 20 до 100 метров).

Выводы. Таким образом, добавление кардоса к стандартной терапии ХСН приводит к статистически значимому улучшению глобальной сократимости левого желудочка и к снижению функционального класса хронической сердечной недостаточности.

0738 ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ В 2006-2007 ГОДУ

Порханов В.А., Космачева Е.Д, Барбухатти К.О., Федорченко А.Н., Позднякова О.А., Круберг Л.К., Шелестова И.А.
Краевая клиническая больница № 1 им профессора С.В. Очаповского, Краснодар, Россия

Цель: Оценка тактики лечения больных с острым коронарным синдромом в масштабах Краснодарского края при круглосуточной работе рентгеноперационной в Краевой клинической больнице (ККБ) и возможностью выполнения экстренного стентирования и АКШ всем пациентам при наличии показаний.

Методы: С 10.01.06 г. в ККБ начат прием больных не только с нестабильной стенокардией, но и с острыми инфарктами миокарда в возрасте до 70 лет из г. Краснодара и районов края (радиус 200-300 километров от ККБ) с применением хирургических методов реваскуляризации миокарда, в круглосуточном режиме. За двадцать четыре месяца работы (анализ данных до 31.12.2007) всего поступило 1334 больных. Возраст больных составил от 30 до 70 лет (средний 54 года ±5 лет). Мужчин было 88%, женщин – 12%. У 70% больных ОКС являлся дебютом ИБС. С нестабильной стенокардией поступило 438 больных (32,8%), 896 пациентов (67,2%) - с инфарктом миокарда, из них – 288 (32,1%) больных с Q – негативным, 608 (67,9%) – с Q – позитивным инфарктом миокарда, 60 из которых с кардиогенным шоком. Всем пациентам при поступлении исследовались кардиоспецифические ферменты, выполнялась эхокардиография и коронарография.

Результаты: 141 пациенту (10,6%) у которых не выявлено гемодинамически значимого поражения коронарного русла рекомендована консервативная терапия и динамическое наблюдение, 401 пациент (30,1%) имели изолированное поражение коронарной артерии, 687 больных двухсосудистое, либо многососудистое поражение. Операция АКШ выполнена в экстренном порядке 135 больным, 799 - чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика со стентированием, 39 пациентам выполнен тромболизис.

Выводы: Всем больным, поступающим в ККБ №1 с ОКС в приемном покое анализируются данные ЭКГ, маркеры некроза миокарда, ЭхоКГ и в течение 45 минут выполняется при наличии показаний экстренная коронарография, по результа-

там которой в течение 1 часа от момента поступления определяется тактика ведения данного больного консилиумом врачей в составе: кардиолога, рентгенэндоваскулярного хирурга и кардиохирурга. Летальность от ОКС (из которого 67% больных было с признаками некроза миокарда) составила в 2006 году 3,6%, в 2007 году 2,5% Летальность от инфаркта миокарда (больные с положительными маркерами некроза) в 2006 году составила 5,3%, в 2007 году 3,7%, в то время как, в других учреждениях Краснодарского края составляет ежегодно 13-15%.

0739 ВЛИЯНИЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ПАЦИЕНТОК С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Порывкина О.Н., Адашева Т.В., Задионченко В.С., Пихлак А.Э., Посошкова О.И., Логачева И.А.
ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава, Москва, Россия

Цель: изучить влияние терапии препаратом анжелик на антропометрические параметры у пациенток с повышением АД 1-2 степени и метаболическими нарушениями в постменопаузе.

Методы исследования: было обследовано 20 пациенток в постменопаузе с повышением АД 1-2 степени в сочетании с метаболическими нарушениями в возрасте 53,0 [48,57] лет. Пациентки получали в течение 6 месяцев Анжелик (эстрадиол 1 мг, дроспиренон 2 мг) в сутки. До и после терапии проводилась массы тела (кг), индекса массы тела (ИМТ) (кг\м2), двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия с целью определения количества висцеральной жировой ткани в области живота. Описательная статистика представлена в виде медианы Me [k25, k75]. Достоверность различий на фоне терапии определялась по критерию Вилкоксона (Wilcoxon).

Результаты: В процессе лечения значимых изменений веса пациенток и индекса массы тела не отмечалось. У большинства пациенток до начала исследования было убеждение, что применение заместительной гормональной терапии приводит к увеличению массы тела. В группе пациенток, получавших ЗГТ, отмечалась тенденция к снижению данных показателей. Так, вес пациенток до лечения составлял 82,0 [77,25;86,0] кг, а после полугодовой терапии достиг 81,5 [77,0; 85,6] кг (p=0,343). ИМТ у пациенток снизился с 31,5 [30,9;32,3] кг\м^2 до 31,0 [30,1;31,8] кг\м^2 (p=0,112). Однако, при анализе данных, полученных при рентгеновской абсорбциометрии, было выявлено, что процент висцеральной жировой ткани в области живота увеличился. До лечения данный показатель соответствовал 41,35 [39,7;44,3]% , а через 6 месяцев терапии- 42,7 [41,1;45,2]% (p=0,05).

Выводы: Положительные эффекты ЗГТ на массу тела связаны с антиминералокортикоидным и противоотечным действием дроспиренона. Увеличение процента висцеральной жировой ткани в области живота обусловлены естественным течением постменопаузы и прогрессированием менопаузального метаболического синдрома.

0740 О СООТНОШЕНИИ НАТРИЯ И КАЛИЯ В МОЧЕ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ЕГО КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Поселюгина О.Б.
Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия

Цель – изучить соотношение натрия и калия в моче у больных гипертонической болезнью и установить его клиническое значение.

Методы. Обследовано 230 больных гипертонической болезнью (ГБ). Изучена суточная экскреция натрия и калия с мочой, соотношение Na+/K+. Контроль - данные 30 здоровых лиц.

Полученные результаты. Все обследованные в зависимости от суточной экскреции натрия с мочой были разделены на 3 группы: с низкой экскрецией (до 250ммоль/сут), средней (250-269) и высокой (270 ммоль/сут и более). Высокая суточная экскреция Na+ имелась у половины больных ГБ (52%), тогда, как средняя у 26% (p>0,05), низкая у 22%, (p<0,01). Суточная экскреция Na+ у больных увеличивалась с возрастом (все p<0,05). При пересчете суточной экскреции Na+ на ПС оказалось, что больные ГБ потребляли ПС с сутки в среднем соответственно – 15, 15,6 и 17,5 г. Суточная экскреция ионов калия с мочой у больных с высокой экскрецией Na+ была достоверно меньше, чем с низкой. В пересчете на граммы данный показатель соответственно составил у лиц 1-ой группы – 1,72, 2-ой – 1,56 и 3-ей – 1,52г калия в сутки. Соотношение Na+/K+ в моче у больных с низкой экскрецией Na+ составило 5,7, у больных со средней – 6,6, с высокой – 7,7. Установлено, что с увеличением соотношения Na+/K+ у больных наблюдаются более высокие величины АД, изменяется его циркадный ритм, увеличивается тяжесть заболевания.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют, что в питании больных ГБ в настоящее время имеется избыточное потребление Na+ и малое - K+. Коррекция диеты является необходимым лечебным мероприятием у больных гипертонической болезнью.

0741 АДАПТОФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОКИНЕТИКИ КАПТОПРИЛА

Постникова Ю.Е.
ГУ НИИ фармакологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель работы: изучения неспецифической вариабельности фармакокинетики каптоприла у здоровых волонтеров с различными адаптофенотипами. Исследование проведено с участием 116 соматически здоровых лиц (58 мужчин и 58 женщин), в возрасте от 18 до 54 лет. В качестве модельного средства был выбран каптоприл в дозе 50мг, («Bristol-Myers Squibb compani», производитель в России «Химфармкомбинат «Акрихин»). Определение концентрации препарата в плазме крови проводилось методом высокоэффективной жидкостной хромотографии. Анализировали максимальную концентрацию в крови C max, время ее достижения T max, площадь под фармакокинетической кривой (AUC0-t).

Представительство фаз общего адаптационного синдрома оценивали по расчету соотношения лимфоцитов с сегментоядерными нейтрофилами периферической крови. У соматически здоровых волонтеров были зарегистрированы следующие типы реакций: «стресс» – 2%; реакция «переактиваци» – 15,5%; реакция «тренировки» – 19%; реакция спокойной активации – 19%; реакция повышенной активации – 45%, что позволило разделить обследованных на группы по принадлежности к определенной фазе общего адаптационного синдрома.

Зарегистрировано существенное различие по параметрам биодоступности каптоприла в подгруппах ранжированых по возрасту, которое характеризуется максимальными концентрационными характеристиками и площадью под фармакокинетической кривой у лиц старше 45 лет. Продемонстрирована зависимость фармакокинетических параметров каптоприла от ИМТ. По мере возрастания величины индекса массы тела у здоровых волонтеров имеет место тенденция к увеличению C мах и AUC0-t. Полученные результаты могут свидетельствовать о зависимости фармакокинетики каптоприла от активности метаболизма и выступать подтверждением фенотипической обусловленности индивидуальной чувствительности к действию лекарств.

Очертив определенные фенотипические особенности каждой из фаз адаптационного синдрома, в качестве опорного критерия характеристики адаптофенотипа индивидуума, мы пришли к возможности использования этапов общего адаптационного синдрома и изучили зависимость фармакокинетики каптоприла от их сиюминутного представительства у волонтеров. Результаты изучения фармакокинетического профиля при фазах адаптационных реакций свидетельствует в пользу того, что при «переактивации» и реакции «стресс» наблюдается замедление метаболических превращений препарата, что проявляется снижением

скорости всасывания лекарства, повышением C max, увеличением AUC0-t и длительным пребыванием каптоприла и его активных метаболитов в крови. Максимальная кинетическая активность каптоприла была зарегистрирована у волонтеров при реакции РПА. Именно в этой группе были отмечены наиболее низкие концентрационные показатели, минимальная AUC0-t, среди всех выделенных подгрупп. При реакции «тренировки» наблюдается ускорение метаболизма препарата, но меньшее, чем при реакции активации.

Таким образом, анализ фармакокинетических профилей каптоприла показал, что на параметрах биодоступности и удержания в системном кровотоке препарата и его активных метаболитов значительно сказывается присутствие оцененных адаптофенотипов, интегративной характеристикой которых может выступать фазовое представительство общего адаптационного синдрома.

0742 ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА И МЕДИАТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБАХ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Пристром М.С., Воробьева Е.П., Штонда М.В.
Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Цель: оценить влияние на показатели гуморального иммунитета и медиаторы воспаления применения различных способов лечения больных ИБС.

Материалы и методы. Проведено обследование 103 больных ИБС, средний возраст которых составил 52,9±3,3 года. Группу контроля составили15 здоровых донора, группу сравнения 35 больных ИБС, получавших только стандартную медикаментозную терапию. Остальные пациенты с ИБС были разделены на 3 опытные группы, в соответствии с выбранным способом лечения. Опытную группу 1 (n=35) составили больные ИБС, получавшие стандартную медикаментозную терапию с применением аторвастатина (трована) в начальной дозе 10 мг 1 раз в сутки. Опытную группу 2 (n=22) составили больные ИБС, получавшие стандартную медикаментозную терапию в сочетании с гипобаротерапией, в количестве 7-10 сеансов, экспозиция 60 минут. Была выделена 3 группа, в количестве 11 пациентов с ИБС, которые получали комбинированную терапию в сочетании с аторвастатином и гипобаротерапией. Всем пациентам до и после лечения проводилось количественное определение сывороточных иммуноглобулинов 3-х классов – Ig A, Ig G, Ig M при помощи метода Манчини. Общее количество ЦИК определялось по методу V. Haskova преципитацией 3,75% полиэтиленгликолем (ПЭГ). Показатели цитокинового статуса (ИЛ -1β, ФНО –α, ИЛ – 1RA) определяли иммуноферментным методом с использованием тест-систем фирмы «Immunotech.a» (Франция). Статистическую обработку проводили с использованием пакета анализа Statistica.6.0.

Результаты и обсуждение. Наиболее значимые изменения со стороны гуморального иммунитета были отмечены в 3 группе: выявлено достоверное снижение по сравнению с исходными данными ЦИК (ЦИК в 3,75% ПЭГ) до лечения - 150,52±13,39 и после – 119,01±8,97 (P<0,05), Ig A мг/мл до лечения – 2,36±0,12 и после – 1,27±0,06 (P<0,05), снижение уровня Ig G мг/мл до лечения – 20,44±3,09 и после – 14,22±2,24 (P<0,05). Достоверного изменения уровня Ig M не отмечалось. Также у лиц контрольной группы достоверных изменений изучаемых явлений в процессе стандартного лечения не выявлено. В ходе выполнения исследования нами были получены показатели маркеров воспаления в динамическом наблюдении, через 6 недель проводимого лечения. На фоне терапии с применением аторвастатина в суточной дозе 10 мг у больных 1 группы наблюдалась тенденция к снижению уровня ИЛ -1β, ФНО –α и достоверное снижение уровня ИЛ – 1RA в большей степени по сравнению со 2 группой (P<0,05). При этом во 3 группе было отмечено достоверное снижение всех 3-х показателей, в особенности ИЛ – 1RA по отношению к двум другим группам. У пациентов, получавших стандартную терапию, достоверных различий по изменению маркеров воспаления не наблюдалось. Отмеченные достоверные изменения показателей гуморального иммунитета при применении различных методов лечения ишемической болезни сердца, вероятно, указывают на повышение адаптационных и резистентных способностей организма. Достоверное снижение медиаторов воспаления отмечено при использовании комбинированного применения статинов в сочетании с гипобаротерапией, что обусловлено наличием потенцированного эффекта - оказывать положительное влияние на основные факторы воспаления.

0743 ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У МУЖЧИН С РАННИМ ПРИОБРЕТЕННЫМ АНДРОГЕНОДЕФИЦИТОМ

Провоторов В.М., Кравченко А.Я., Терновых И.А.
ГОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н. Бурденко» Росздрава, Воронеж, Россия

Цель: изучить связь сывороточной концентрации тестостерона с выраженностью депрессии у мужчин с инфарктом миокарда.

Методы. Обследовано 37 мужчин (средний возраст 48,2±6,5 лет) на госпитальном этапе лечения острого инфаркта миокарда (ИМ). Диагноз ИМ устанавливался на основании клинических и ЭКГ-данных, а также повышения активности МВ-фракции КФК. Наличие и выраженность тревожно-депрессивных расстройств изучали с помощью госпитальной шкалы HADS. Симптоматику андрогенодефицита выявляли и оценивали с помощью шкалы AMS. Уровень тестостерона в крови определяли иммуноферментным методом на анализаторе ПИКОН (Россия) с использованием набора реактивов ИммуноФА-ТС (НВО Иммунотех»). Корреляционный анализ проводили с применением непараметрического критерия Spearman.

Результаты. Клинические характеристики обследованной группы больных были следующими. ИМ с зубцом Q был у 32 пациентов (86,5%), non-Q ИМ – у 5 (13,5%). ИМ развился на фоне гипертонической болезни у 26 человек (70,3%). Стенокардия в анамнезе отмечена в 18 случаях (48,6%). Абсолютное большинство мужчин (89%) были курящими. Сахарный диабет 2-го типа отмечен у 5 пациентов (13,5%).

Клинические проявления недостаточности андрогенов различной степени выраженности были выявлены в 64,9% случаев. По биохимическим критериям (уровень тестостерона менее 12 нмоль/л) андрогенодефицит определен у 21 пациента (56,8%). При психологическом тестировании установлено, что средний уровень депрессии составил 10,3±2,2 балла, тревоги – 8,9±2,3 балла. Данные показатели соответствуют субклинической выраженности психологических нарушений. При статистическом анализе установлено наличие обратной корреляционной связи сывороточной концентрации тестостерона с выраженностью депрессии (R=- 0,61) и тревоги (R=- 0,52). Отдельно была проанализирована выраженность тревожно-депрессивных расстройств у больных со сниженным и нормальным уровнем тестостерона. У пациентов с андрогенодефицитом уровень депрессии (11,5±2,1 балла) оказался достоверно выше, чем у мужчин с сохраненной продукцией тестостерона (6,2±1,7 балла, p=0,001). Аналогичная данные получены и в отношении тревоги (9,6±2,5 балла против 5,8±2,3 балла, p=0,006).

Выводы.

1. У мужчин в возрасте до 55 лет с инфарктом миокарда с высокой частотой (56,8%) выявляется приобретенный андрогенодефицит.

2. Снижение сывороточного уровня тестостерона ассоциируется с развитием тревожно-депрессивных расстройств.

3. С целью повышения эффективности лечения больных инфарктом миокарда целесообразно проводить скрининговое тестирование для выявления клинических симптомов андрогенодефицита и депрессии с помощью соответствующих опросников.

00744 МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С УЧЕТОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПОЧЕЧНОГО РЕЗЕРВА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Провоторов В.М., Ряскин В.И., Работская А.Н.
Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко, Воронеж, Россия; МУЗ ГО г. Воронеж "ГКБСМП №1", Воронеж, Россия

Цель исследования: оптимизация лечения больных пожилого возраста, страдающих эссенциальной гипертензией (ЭГ), путем назначения ингибитора АПФ ренитека и α1,β-блокатора карведилола с целью достижения адекватной нефропротекции у пациентов с различным исходным уровнем функционального почечного резерва (ФПР).

Материалы и методы. В исследование включены 48 пациентов ЭГ, без клинических и лабораторных признаков почечной патологии в возрасте старше 60 лет (62,6±2,1 лет). Состояние ФПР оценивали методом острой пероральной белковой нагрузки по приросту СКФ, определенной по расчетной формуле Cockroft D.W., Gault M.H. в динамике.

Исследовали исходные ФПР и АД: 0<ФПР<10% [n=20], ФПР <0[n=22], ФПР>10%[n=6]. Всех больных разделили на 3 группы. В первой группе (n=21) пациентам при 0<ФПР<10% (n=10) назначен ренитек, а пациентам с ФПР<0 (n=11) назначен карведилол. Во второй группе (n=21) карведилол получали 10 человек, ренитек-11 человек, уровень ФПР при назначении медикаментов не учитывали. В третью группу вошли больные с ФПР >10% (n=6) , которые получали ренитек (n=3) и карведилол (n=3).

Результаты.В первой группе у пациентов с ФПР<0 после лечения карведилолом ФПР восстановился и достиг положительных значений (исходно -7,46±0,58%, после лечения +9,31±0,48%, p<0,01). У пациентов с 0<ФПР<10% ФПР вырос с 5,63±0,42% до 9,61±0,32% (p<0,05) в результате лечения ренитеком. В среднем в первой группе ФПР исходно -0,915±0,53%, после лечения 9,355±0,36%. Динамика показателей ФПР во второй группе: исходно 1,25±1,26%, после лечения 4,29±1,6%. Существенной динамики ФПР в третьей группе не выявлено.

Динамика АД в первой группе лечения : сАД- исходно 155,6±4,25 мм Hg, после лечения - 129,45±3,21 мм Hg, дАД: исходно 99,65±2,6 мм Hg, после лечения - 83,7±1,6 мм Hg. Динамика АД во второй группе: сАД исходно 150,6±3,25 мм Hg, после лечения 122,45±3,21 мм Hg, дАД: исходно 96,65±2,42 мм Hg, после лечения 86,3±1,43 мм Hg.

Коэффициент корреляции между динамикой ФПР и сАД в первой группе (r=0,7682, p<0,05). Коэффициент корреляции между динамикой ФПР и сАД во второй группе r=- 0,5161, p<0,05. Корреляция между динамикой ФПР и дАД в первой группе r=- 0,4382, p<0,05, во второй группе r=- 0,4282, p<0,05.

Выводы.1.Карведилол у пациентов с ФПР<0 и ренитек у больных с 0<ФПР<10% способствуют восстановлению ФПР;

2.Более выраженная зависимость между динамикой ФПР и сАД в первой группе по сравнению со второй группой свидетельствует о том, что медикаментозная коррекция внутрипочечной гемодинамики (восстановление ФПР) вносит значимый вклад в достижение целевого уровня сАД.

0745 ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ НА СОСТОЯНИЕ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Прониченко Л.В., Маль Г.С.
ГОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет», Курск, Россия

Цель: Исследовать клиническую эффективность терапии блокаторами кальциевых каналов группы дигидропиридина и фенилалкиламина у пациентов с артериальной гипертензией(АГ) II-III степени I- II стадии и хронической обструктивной болезнью легких(ХОБЛ).

Методы: в исследование были включены 34 пациента в возрасте от 45 до 60 лет с артериальной гипертензией II-III степени I-II стадии. Основную группу составили 19 пациентов с сопутствующей хронической обструктивной болезнью легких, получавшие базисную терапию ХОБЛ в соответствии со стандартами GOLD(2007), в качестве гипертензивной терапии использовали блокаторы кальциевых каналов (10 – фелодип, 9 – верогалид ЕР 240). Контрольную группу составили 15 пациентов с артериальной гипертензией II-III степени I- II стадии без хронической обструктивной болезни легких, 8 из них получали фелодип, 7 – верогалид ЕР 240.

Использование функции внешнего дыхания проводилось с помощью аппаратно-програмного комплекса Flowskrin (определялись жизненная емкость легких (ЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) и индекс Тиффно в динамике). Анализ суточного мониторирования артериального давления (СМАД) осуществлялся при соблюдении рекомендаций международной конференции по проблемам суточного мониторирования артериального давления, 2004.

Результаты: При анализе исходных показателей функции внешнего дыхания и СМАД в исследуемых группах не было зафиксировано достоверно значимых различий, группы были сопоставимы по возрастной структуре, количеству пациентов с II-III степенью АГ, длительности и частоте обострений ХОБЛ.

При исследовании функции внешнего дыхания (ФВД) через 6 месяцев наблюдения у пациентов основной группы отрицательной динамики не наблюдалась. У пациентов, как в группе с применением фелодипина, так и в группе с применением верогалида не наблюдалось развития побочных эффектов в виде бронхоспазма и не отмечалось ухудшения общего состояния.

При анализе показателей выявлена следующая динамика: у пациентов принимавших фелодип в основной и контрольной группе отмечено снижение АД, как систолического, так и диастолического (в дневное и ночное время). Произошло уменьшение суточного систолического артериального давления(ССАД) с 156±4,12 до 126±4,34 (p<0,05). У пациентов, получавших верогалид отмечалось снижение ЧСС и отмечалась тенденция к снижению ССАД и суточного диастолического артериального давления (СДАД) в ночные часы (с 152±6,4 до 132±4,5 p<0,05). 43,7% пациентов данной группы (7 человек) предъявляли жалобы на кризовое повышение АД.

Выводы: Фелодип позволил достичь целевого АД у большего процента пациентов (52%), по сравнению с верогалидом (44%)у больных без и в сочетании с ХОБЛ. У пациентов, применявших как фелодип, так и верогалид в основной группе ухудшения течения ХОБЛ не наблюдалось.

0746 РАЗЛИЧНЫЕ СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ КИСЛОРОДТРАНСПОРТНОЙ ФУНКЦИИ КРОВИ И ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Пронько Т.П.
УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Целью настоящего исследования явилась оценка различных способов коррекции кислородтранспортной функции крови (КТФК) и дисфункции эндотелия у больных с артериальной гипертензией (АГ) III степени (ст.).

Методы исследования. Под нашим наблюдением находились 30 пациентов с АГ III ст. в возрасте от 35 до 60 лет. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц в возрасте от 24 до 45 лет. В зависимости от проводимой терапии больные АГ были разделены на 3 группы. Первую - составили 12 больных, получавших атенолол, эналаприл, гипотиазид. Вторую - 9 человек, получавших аналогичную медикаментозную терапию, и дополнительно им проводились велотренировки. Третью группу составили 9 больных, получавших небилет (небиволол),

эналаприл, гипотиазид. Продолжительность лечения составила 14 дней.

Оценку показателей КТФК: pvO2, pvCO2, pH крови, показатели сродства гемоглобина к кислороду p50 производили на микрогазоанализаторе ABL-330 "Radiometer". О продукции NO судили по уровню нитратов/нитритов в плазме крови, определяемых методом Грисса. Для оценки сосудодвигательной функции эндотелия использовались пробы с реактивной гиперемией и нитроглицерином. В качестве информативной реографической величины оценивали относительное изменение пульсового кровотока (ПК).

Полученные результаты. В исследуемых группах уровень нитратов/нитритов был снижен (P<0,001) по сравнению со здоровыми. Признаки дисфункции эндотелия наблюдались во всех исследуемых группах, эндотелийзависимая вазодилатация была значительно ниже по сравнению с контролем (P<0,01). На фоне дисфункции эндотелия у больных АГ III ст. снизились по сравнению с контролем pvO2 и pH, увеличилось pvCO2, уменьшился p50. Эти изменения следует расценивать как декомпенсацию КТФК, способствующую развитию гипоксии.

Лечение больных первой группы существенного эффекта на состояние функции эндотелия и показатели КТФК не оказывало. Происходило лишь увеличение p50 на 6% (P<0,05). Включение велотренировок в лечение больных АГ III ст. улучшало функцию эндотелия (ПК увеличивался до 19,90±2,62%, (P<0,05)), повышало уровень нитратов/нитритов на 53,7% (P<0,01), оказывало положительное влияние на КТФК (p50 увеличилось на 13,7% (P<0,05), pvO2 увеличилось на 3,70% (P<0,05), а pvCO2 уменьшилось на 6,9 мм рт.ст. (P<0,05)). Прием небилета улучшал функцию эндотелия (ПК увеличился до 18,94±2,32%, (P<0,05)), увеличивал уровень нитратов/нитритов на 38,5% (P<0,05), вызывал положительные сдвиги показателей КТФК (p50 увеличилось на 9,2% (P<0,05), pvCO2 уменьшилось на 5,8 мм рт.ст. (P<0,05)).

Таким образом, результаты выполненных нами исследований свидетельствуют о том, что при дисфункции эндотелия у больных АГ наблюдаются существенные нарушения КТФК. Включение небилета и велотренировок в терапию больных АГ улучшает функцию эндотелия, стимулирует продукцию NO, корригирует показатели КТФК, что повышает эффективность лечения и может оказать дополнительный протективный эффект в развитии сосудистых осложнений АГ.

0747 ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗЕЙ ПАРАМЕТРОВ МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Протасов К.В., Синкевич Д.А., Дзизинский А.А., Антоненко Н.Б., Боронова В.Б., Корякина А.В., Бродач Л.Н.
ГОУ ДПО «Иркутский ГИУВ», Иркутск, Россия

Цель. Изучить взаимосвязи показателей морфо-функционального состояния общей сонной артерии (ОСА) у больных с изолированной систолической (ИСАГ) и систолодиастолической артериальной гипертонией (СДАГ).

Методы. Обследованы 168 больных артериальной гипертонией (АГ) 2 и 3 стадии. Среди них 112 пациентов страдали ИСАГ и 56 – систоло-диастолической АГ (СДАГ). Подгруппы ИСАГ и СДАГ не различались по полу (доля мужчин составляла 42,9% и 44,6%, соответственно, p>0,05), возрасту (78,1±3,4 и 77,2±4,0 лет, p>0,05), длительности АГ (15,2±10,4 и 18,0±10,4 лет, p>0,05). Всем больным проводилось ультразвуковое сканирование ОСА (аппарат LOGIQBookXP, GeneralElectric, США) с определением толщины комплекса интима-медиа (КИМ) (методика P.Pignolli), растяжимости ОСА (РОСА) (формула C.Stefandis) и индекса пульсации ОСА, как отношение диаметра ОСА в систолу к диаметру ОСА в диастолу. Рассчитывали массу ОСА ($VM=pL(\pi Re2-\pi Ri2)$, где p - плотность артериальной стенки (p=1,06x103 кг/м3), L - референтная длина артериального сегмента (L=1 см), Re и Ri – наружный и внутренний радиусы, соответственно). Полученные данные анализировали с помощью пакета прикладных программ «Statistica 7.0» («Statsoft», США). Результаты представлены в виде медианы и интерквантильного интервала.

Результаты. Показатели липидного спектра: общий холестерин, липопротеиды высокой, низкой и очень низкой плотности, триглицериды у больных ИСАГ и СДАГ не различались (p>0,05). В подгруппе ИСАГ толщина КИМ и масса ОСА была достоверно выше чем у СДАГ (0,12 (0,11-0,15) мм и 0,13 (0,12-0,17) мм, p=0,013; 0,51 (0,43-0,69) гр. И 0,40 (0,32-0,44) гр., p=0,003, соответственно). При этом индекс пульсации и растяжимость ОСА в подгруппах ИСАГ и СДАГ не различались(p>0,05). Проведенный корелляционный анализ не выявил у больных ИСАГ и СДАГ взаимосвязей между липидным профилем, КИМ, массой ОСА и показателями, отражающих функциональное состояние сосудистой стенки ОСА (p>0,05).

Выводы. Больные ИСАГ имеют достоверно более выраженные морфологические изменения ОСА, чем пациенты СДАГ. Функциональное состояние сосудов эластического типа не зависит от морфологических изменений стенки сосуда и показателей липидного спектра в подгруппах больных с изолированной систолической и систоло-диастолической артериальной гипертонией.

0748 ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НА ФОНЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Прохорова И.В., Видишева О.Н.
НИИ кардиологии научного центра СО РАМН, Томск, Россия

Для диагностики острого легочного сердца при тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) применяется трансторакальная эхокардиография (ЭхоКГ) и рентгенография грудной клетки (РГК). К рентгенологическим проявлениям острого легочного сердца относится симптом расширения диаметра легочной артерии (ДЛА). В 1980 году посредством М-модальной ЭхоКГ у пациентов с ангиографической верифицированной установлена положительная корреляция между диаметром правой легочной артерии и средним систолическим давлением в легочной артерии (Ср.ДЛА).

Цель работы - исследование эхокардиографических и рентгенологических признаков легочной гипертензии при ТЭЛА на фоне ОИМ.

Обследовано 45 человек с верифицированным диагнозом ТЭЛА.

Выделены две группы пациентов: 1). - с острым инфарктом миокарда (ОИМ), осложненным ТЭЛА (n=17), 2). - с ТЭЛА на фоне различной патологии, кроме инфаркта (n=28).

Всем пациентам проведено допплеровское эхокардиографическое исследование на аппарате ACUSON 128 XP/10 с использованием секторного датчика 2,5 МГц. Исследование выполнялось в первые 5 дней от момента поступления пациентов в стационар. Полученные данные подвергались статистической обработке при помощи программы STATISTICA-6, for Windows.

Признаки перегрузки правых отделов были выявлены в 1 группе у 11 (64%) пациентов. У 6 (35%) признаки перегрузки правых отделов отсутствовали. Увеличение ДЛА по результатам рентгенологического исследования отмечалось у 9 (52,9 %) пациентов 1 группы. Во 2 группе признаки перегрузки правых отделов отмечались у 16 (57%) человек. У 12 (42,8 %) признаки перегрузки правых отделов отсутствовали.

Во 2 группе увеличение ДЛА по результатам рентгенологического исследования диагностировано у 10 (36%) пациентов.

Была предпринята попытка сопоставления результатов допплеровского эхокардиографического исследования и рентгенологических данных ДЛА.

Во 2 группе пациентов ДЛА положительно коррелировал с увеличением СДЛА R=0,69 (p<0,01) .

В 1 группе больных ДЛА также положительно коррелировал с СДЛА, R=0,50 (p< 0,05).

Таким образом, систолическое давление в легочной артерии по результатам допплеровского эхокардиографического исследования положительно коррелирует с рентгенологическим признаком легочной гипертензии в виде расширения диаметра

нижней ветви правой легочной артерии при разных патогенетических вариантах ТЭЛА, в частности на фоне ОИМ.

0749 КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ ПЕРФУЗИОННЫМ ДЕФИЦИТОМ И ПОКАЗАТЕЛЯМИ СТЕПЕНИ ПЕРЕГРУЗКИ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Прохорова И.В., Кривоногов Н.Г., Видишева О.Н.
НИИ кардиологии научного центра СО РАМН, Томск, Россия

Общеизвестна положительная корреляция между перфузионным дефицитом и показателями степени перегрузки правых отделов по данным эхокардиографии (ЭхоКГ) у пациентов с острой первичной тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА). Та же закономерность сохраняется при ТЭЛА на фоне ишемической болезни сердца (ИБС), острого инфаркта миокарда (ОИМ), кардиомиопатии. При рецидивирующей ТЭЛА, на фоне хронической постэмболической легочной гипертензии (ХПЛГ) эта связь теряется.

Цель исследования – выяснить влияние объема эмболического поражения на эхокардиографические проявления перегрузки правых отделов при ТЭЛА на фоне дисфункции левого желудочка.

Предпринято клинико-инструментальное исследование 45 пациентов с ТЭЛА, у 17 из которых она осложнила течение ОИМ. У 28 лиц в качестве фоновой диагностирована следующая патология: нестабильная стенокардия - у 10 пациентов, ИБС и тромбозы глубоких вен в анамнезе - у 9, антифосфолипидный синдром – у 1 больного, дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) - у 2, хронический обструктивный бронхит – у 3. У 3 пациентов диагносцирована рецидивирующая ТЭЛА. Средний возраст больных составил 62 года, причем мужчины были моложе женщин на 10 лет ($p<0,001$).

Для скрининга ТЭЛА использовался общепринятый алгоритм. Основанием для направления на сцинтиграфическое исследование явилось наличие факторов риска венозных тромбозов и признаков перегрузки правых отделов по результатам ЭхоКГ, электрокардиографии, рентгенографии. Верификация диагноза осуществлялась посредством перфузионной сцинтиграфии легких.

Эхокардиография проводилась на аппарате ACUSON 128 XP/10 с использованием секторного датчика 2,5 МГц. Исследование выполнялось в первые 5 дней от момента поступления пациентов в стационар.

Полученные данные подвергались статистической обработке при помощи программы STATISTICA-6, for Windows.

В результате проведенного исследования средняя степень (%) обструкции в исследуемой группе составила 33±3,03% (min 20 - max 55). Конечный диастолический размер (КДР) правого желудочка (ПЖ) составил 38,70±1,91мм. На фоне дилатации правого желудочка уровень систолического давления в легочной артерии (СДЛА) составил 40,12±4,25мм рт.ст. Была получена положительная корреляция между степенью (%) обструкции и КДР ПЖ $R=0,52$ ($p=0,47$) и степенью (%) обструкции и СДЛА $R=0,56$ ($p=0,029$).

Таким образом, несмотря на разнородность по всем параметрам (размер эмбола, фоновая патология, дисфункция левого желудочка) наблюдается корреляция между размером перфузионного дефекта и степенью перегрузки правых отделов сердца.

0750 ИЗУЧЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРА ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА b В МИОКАРДЕ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Пушкарева А.Э.[1], Кучина Т.А.[2], Евдокимов Е.В.[2], Юсупова Э.З.[2]
Башгосмедуниверситет[1],Уфа, Россия; Городская клиническая больница №13[2], Уфа, Россия

Цель: изучение взаимосвязи экспрессии рецептора 1-го типа трансформирующего фактора β (TGFBR1) с процессами ремоделирования миокарда у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материалы и методы: При гистологическом исследовании было изучено 100 образцов аутопсийного материала. В исследование взяты мужчины и женщины от 20 до 60 лет. В качестве контроля взяты случаи судебно-медицинских вскрытий без признаков сердечно-сосудистых заболеваний, сопоставимы по полу и возрасту. Полуколичественная оценка проводилась по следующим шкалам. Гипертрофия миокарда: 1 балл – увеличение сарколеммы кардиомиоцитов, 2 балла – появление гиперхромных овальной формы ядер в кардиомиоцитах, 3 балла – появление гиперхромных прямоугольной формы ядер в кардиомиоцитах. Миокардиальный склероз: 1 балл – периваскулярный склероз, 2 балла – появление соединительнотканных тяжей в межмышечных пространствах, 3 балла – крупноочаговый склероз. Для иммуногистохимического исследования были использованы моноклональные мышиные анти-человеческие антитела, производимые корпорацией NovoCastra, афинносвязывающиеся с рецепторами к трансформирующему фактору роста (TGF-R). В качестве системы детекции применялась полимеризованная система EnVision+ System-HRP (DAB), для использования с мышиными первичными антителами. Для полуколичественного анализа результатов реакций был использован визуально-синкретический метод оценки экспрессии по интенсивности проявления DAB-метки: светло-коричневый – 1 балл, коричневый – 2 балла, темно-коричневый – 3 балла. Статистическая обработка с использованием методов сравнительной статистики и однофакторного анализа проводилась с помощью программного пакета Statistica v.5 (StatSoft Inc.).

Полученные результаты: процессы гипертрофии кардиомиоцитов и межуточного склероза статистически значимо преобладают при ИБС в сравнении с дилатационными кардиомиопатиями и группой контроля. При гипертонической болезни гипертрофия кардиомиоцитов и межуточный склероз достоверно выше чем в группе контроля, но статистически менее выражены в сравнении с группой ИБС. Обнаружена достоверно более высокая экспрессия рецептора I типа TGF в миокарде больных гипертонической болезнью, по сравнению с таковой у больных ИБС ($p<0,008$) и у больных с дилатационными кардиомиопатиями ($p<0,004$), а также с таковой в контрольной группе ($p<0,001$).

Выводы: выраженность гипертрофии кардиомиоцитов и межуточного склероза обратно пропорциональна степени экспрессии рецептора I типа TGF в миокарде больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Исследование в данном направлении будет продолжено.

0751 ИЗУЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА С677Т ГЕНА МЕТИЛЕНТЕТРАГИДРОФОЛАТРЕДУКТАЗЫ (MTHFR) У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Пушкарева А.Э.[1], Валиев Р.Р.[2], Хусаинова Р.И.[2], Еникеева Г.Р.[1], Хуснутдинова Э.К.[2]
Башкирский государственный медицинский университет, городская клиническая больница №13[1], Уфа, Россия; Институт биохимии и генетики УНЦ РАН[2], Уфа, Россия

Цель исследования: определить роль полиморфизма С677Т гена MTHFR в развитии структурно-функциональных перестроек миокарда у больных сердечной недостаточностью.

Материалы и методы. Забор крови больных осуществляли на базе кафедры госпитальной терапии Башгосмедуниверситета, ГКБ №13 г. Уфы. Критериями включения были: ХСН на фоне ИБС, дилатационной кардиомиопатии, артериальной гипертонии (II–III стадии согласно Российским рекомендациям, 2004), гипертрофической кардиомиопатии без признаков обструкции выносящего тракта ЛЖ и их сочетания; четкие клинические признаки II–IV ФК ХСН (NYHA, 1994); возраст моложе 60 лет. Материалом для исследования послужили ДНК 280 больных хронической сердечной недостаточностью ФК II–IV, разделенных на три группы по структурно-функциональным показателям миокарда левого желудочка (ЛЖ): с дилатацией полостей и ФВ <40% (n=83), умеренной гипертрофией ЛЖ и сохраненной ФВ

(n=79) и выраженной гипертрофией стенок (>15 мм) ЛЖ и сохраненной ФВ ЛЖ (n=118), а также образцы ДНК здоровых лиц (n=190). В работе задействованы клинико-инструментальные, молекулярно-биологические и статистические методы анализа. Исследование, построенное по принципу «случай-контроль», включало определение частоты аллеля *T и генотипа *T*T локуса C677T в группах больных и контроля, а также вычисление относительного риска в зависимости количества аллеля *T.

Результаты. Распределение частот аллелей и генотипов локуса C677T показало статистически значимые различия между больными с выраженной гипертрофией ЛЖ и здоровыми лицами (p=0,012 и p=0,024, соответственно). Показано, что генотип *T*T является генетическим маркером гипертрофии левого желудочка, что может служить свидетельством влияния гипергомоцистеиновой системы на развитие выраженных гипертрофических процессов в левом желудочке (OR=3,9; 95% ДИ1,38-11,25). Сочетание генотипов *C*T и *T*T также увеличило риск утолщения ЛЖ – в 1,82 раза по сравнению с гомозиготами *C*C из контрольной группы (OR = 1,82; 95% ДИ1,14–2,89).

Выводы: в результате проведенного исследования ассоциация функционального полиморфизма C677T с развитием дилатации стенок ЛЖ не выявлена. Показана возможная роль гена MTHFR в развитии выраженной гипертрофии ЛЖ, что дает предпосылку для дальнейших работ в этой области привлечением широкого спектра молекулярно-генетических и средовых факторов и анализа возможных взаимодействий между ними.

0752 ПОПУЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ У ЛИЦ С НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТЬЮ К УГЛЕВОДАМ

Пушкарева Н. В., Волкова Э. Г.
ГОУ ДПО «Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования» Росздрава, Челябинск, Россия

Цель: изучение распространенности гиперхолестеринемии у лиц с нарушенной толерантностью к углеводам среди населения г.Челябинска.

Материалы и методы: исследование проведено Челябинской Школой Общественного Здоровья на случайной выборке всего населения г.Челябинска на основании списков фонда обязательного медицинского страхования. Отклик составил 810 человек (81% от выборки). В качестве критериев НТГ выступала концентрация глюкозы в плазме венозной крови натощак <7,0 ммоль/л, через 2 часа после сахарной нагрузки 7,8-11,1 ммоль/л. За повышенный уровень холестерина принималось значение показателя свыше 5,0 ммоль/л.

Результаты: обследовано 810 человек, из них 502 (62%) женщины и 308 (38%) мужчин. Средний возраст обследуемых составил 43,52±13,5 лет. Выявлено 661 человек (81,6%) без нарушений углеводного обмена, 120 пациентов (14,8%)– с нарушенной толерантностью к углеводам, 29 человек (3,6%), страдающих сахарным диабетом. Распространенность гиперхолестеринемии в исследуемой популяции составила 39,4% (319 человек), в том числе 36,5% (241 человек) среди лиц с нормальным метаболизмом углеводов, 50,8% (61 человек) у лиц с нарушенной толерантностью к углеводам и 58,6% (17 человек) среди пациентов, страдающих сахарным диабетом. Средний уровень холестерина в группе нормального метаболизма глюкозы, НТГ и сахарного диабета составил 4,79±1,1, 5,06±1,2 и 5,45±1,2 ммоль/л (p<0,05) соответственно. В сравниваемых группах наблюдалось повышение среднего уровня холестерина в более старших возрастных группах. Наименьший средний уровень холестерина отмечался в возрасте 18-24 года во всех группах (4,15±0,550, 4,13±0,787, 4,42±1,106 ммоль/л соответственно), а наибольший в возрасте старше 55 лет в группе без нарушений углеводного обмена (5,26±1,155ммоль/л) и группе сахарного диабета (5,96±0,494 ммоль/л) и в возрасте 45-54г. в группе НТГ (5,69±1,035 ммоль/л). В каждой возрастной группе распространенность гиперхолестеринемии нарастала в ряду «нормальный метаболизм глюкозы-НТГ-сахарный диабет». Среди пациентов, имеющих НТГ и сахарный диабет наблюдалось преобладание лиц с гиперхолестеринемией с возраста 45-54г. в то время как среди лиц, не имеющих нарушения углеводного обмена – с 55 лет.

Выводы: 1. Распространенность гиперхолестеринемии у лиц с НТГ

составляет 50,8%.

2. Средний уровень холестерина в группе НТГ (5,06±1,2 ммоль/л), что достоверно выше, чем в группе нормального метаболизма углеводов (4,79±1,1 ммоль/л), но ниже по сравнению с группой сахарного диабета (5,45±1,2 ммоль/л) (p<0,05).

3. Преобладание пациентов с гиперхолестеринемией в группах НТГ и сахарного диабета наблюдается на 10 лет ранее по сравнению с группой лиц, не имеющих нарушений углеводного обмена.

0753 КЛИНИЧЕСКАЯ И ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИЕЙ В ШКОЛАХ ЗДОРОВЬЯ НА КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ПРЕДПРИЯТИИ

Пушкарева О.В., Аникин В.В., Красненков В.Л.
ГОУ ВПО Тверская медицинская академия, Тверь; ФГУЗ ЦМСЧ-141 ФМБА, Удомля, Россия

Цель работы: изучить изменение приверженности к лечению и ее влияние на достижение целевых уровней АД, а также на спектр применяемых гипотензивных препаратов по результатам образовательной программы, организованной для больных АГ, работающих на крупном промышленном предприятии с вредными условиями труда.

Обследовано 185 больных АГ трудоспособного возраста (средний возраст составил 48,8 лет), работающих на Калининской АЭС (г.Удомля). Из них 125 больных прошли обучение в «Школе здоровья», а 60 - составили группу контроля. Данные группы были сопоставимы по возрасту, полу, длительности и степени АГ. Всем больным исходно и через год наблюдения проведено полное клинико-функциональное обследование, включавшее анкетирование, ЭКГ, ЭхоКГ, СМ АД, определение уровня общего холестерина.

Образовательная программа «Школа здоровья» выполнялась согласно рекомендациям письма Минздрава России от 02.08.02 «Организация школ здоровья для пациентов с артериальной гипертонией в первичном звене здравоохранения» и предусматривала ежедневные 1,5-2 часовые занятия в течение 5 дней в группах по 7-10 человек. По результатам обследования всем больным проведен индивидуальный подбор гипотензивной терапии. Лица основной группы были также обучены методике измерения АД.

Установлено, что через год обучения в основной группе значительно увеличилось число пациентов, ежедневно контролирующих АД (с 24% до 72%) и регулярно принимающих гипотензивные препараты (с 34,4% до 79,2%). Это позволило оптимизировать спектр применяемых препаратов. Так, до обучения больше использовалась монотерапия (79,1%). Наиболее часто применялись ингибиторы АПФ (35%), β-адреноблокаторы (23%), реже диуретики (14,1%) и антагонисты кальция (7%). Комбинированное (только двухкомпонентное) лечение проводилось у 20,9% больных. При этом число больных, эффективно контролирующих АД, составило лишь 28,8%. Через год после обучения в 2 раза увеличилось число больных, использующих комбинированное лечение (49%), у 2% больных применялось трехкомпонентная схема терапии. Тем не менее при монотерапии продолжали лидировать ингибиторы АПФ (24%) и β-адреноблокаторы (17%), реже использовались антагонисты кальция (7%) и диуретики (3%). Существенно, что число больных, достигших целевого уровня АД (79,2%) увеличилось более чем в 2 раза. В контрольной группе подобных изменений не наблюдалось.

Выводы: повышение знаний пациентов о сущности АГ, необходимости ежедневного контроля уровня АД, медикаментозных и не медикаментозных методах ее коррекции позволяют уве-

личить их приверженность к лечению и значительному повышению его эффективности.

0754 ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ НА РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТИ В ОТКРЫТОЙ ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ТЮМЕНИ

Пушкарев Г.С., Акимова Е.В., Гафаров В.В.
Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр, Тюмень, Россия; Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний в Сибири СО РАМН и ЯНЦ РАМН, Тюмень, Россия

Целью работы явилось изучение влияния профессиональной принадлежности на относительный риск (ОР) сердечно-сосудистой смерти в открытой женской популяции Тюмени.

Методы. Эпидемиологическое исследование было проведено стандартными методами на репрезентативной выборке. В течение последующих 11 лет (1996-2007гг) вся обследованная женская когорта (813 человек) была подвергнута изучению на предмет анализа смертей от сердечно-сосудистых заболеваний в комитете ЗАГСА администрации Тюменской области. Причины смерти кодировались по международной классификации МКБ-9. На ОР смерти от сердечно-сосудистых заболеваний оценивалось влияние профессиональной принадлежности. По профессиональной принадлежности обследуемые делились на руководителей (руководители, руководители среднего и высшего звена), специалистов и инженерно-технических работников (ИТР), рабочие профессии тяжелого, среднего, легкого физического труда и пенсионеров. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ STATISTICA 6,0. Регрессионная модель пропорционального риска Кокса использовалась для оценки относительного риска сердечно-сосудистой смерти.

Результаты. При построении однофакторной модели за эталонную группу с ОР, равным единице, была принята группа специалистов и ИТР. По сравнению с этой группой ОР был выше у руководителей – ОР 4,3 (95% ДИ 1,1-17,9, p<0,05), пенсионеров – ОР 5,1 (95% ДИ 1,4-19,0 p<0,05) и лиц, занятых тяжелым физическим трудом – ОР 13,2 (95% ДИ 3,1-56,3, p<0,001). В группах лиц, занятых легким и средним физическим трудом, различия по ОР сердечно-сосудистой смерти сравнительно с эталонной группой были статистически незначимы – ОР 3,3 (95% ДИ 0,9-12,5, p>0,05) и ОР 2,1 (95% ДИ 0,5-8,0, p>0,05) соответственно.

При построении многофакторной модели с учетом других факторов социального градиента (образование, брачный статус) ОР сердечно-сосудистой смерти у лиц, занятых тяжелым физическим трудом, в сравнении с группой специалистов и ИТР составил 9,1 (95% ДИ 1,8-44,7, p<0,05). У женщин, занимающих руководящие должности, ОР составил 4,3 (95% ДИ 1,0-18,0, p<0,05). В группе пенсионеров ОР составил 2,9 (95% ДИ 0,7-35,1, p>0,05) и стал статистически незначимым. В группах лиц, занятых легким, средним физическим трудом, ОР сердечно-сосудистой смерти сравнительно со специалистами и ИТР в многофакторной модели составил 2,6 (95% ДИ 0,6-10,7, p>0,05) и 1,6 (95% ДИ 0,4-7,1, p>0,05) соответственно, и был также статистически незначимым.

Вывод: при оценке риска сердечно-сосудистой смерти как в однофакторной, так и в многофакторной модели пропорционального риска Кокса, наиболее высокий риск сердечно-сосудистой смерти отмечался в таких профессиональных группах, как руководители и работники тяжелого физического труда.

0755 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОТБОРЕ ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Пьянков В.А., Чуясова Ю.К.
МУЗ «Северная больница», МУЗ Городская больница №2, Киров, Россия

Цель: Оценить возможности комплексного эхокардиографического (ЭхоКГ) исследования при отборе пациентов с легочной гипертензией (ЛГ) для медицинской реабилитации.

Методы: У 90 пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), осложненной ЛГ (мужчины, средний возраст 58±12 лет), было проведено комплексное ЭхоКГ исследование, включающее в себя оценку линейных размеров правых камер сердца, толщины свободной стенки правого желудочка (ПЖ), объема правого предсердия (ПП) по формуле Simpson, отношения площади ПЖ к площади ЛЖ с использованием апикальной и субкостальной 4-х камерных позиций; оценку систолической функции ПЖ в В-режиме по формуле Simpson и скорости пика S движения фиброзного кольца трикуспидального клапана (ТК) в режиме тканевого допплера (ТД); оценку диастолической функции ПЖ по скоростным показателям транстрикуспидального потока, ретроградному потоку в печеночных венах, скорости раннего диастолического заполнения ПЖ в режиме цветового М-модального допплера и показателям движения фиброзного кольца ТК в режиме ТД; оценку систолического давления в легочной артерии (СДЛА) по потоку трикуспидальной регургитации.

Результаты: В результате исследования были выделены 2 группы пациентов. У пациентов 1 группы (n=65) были выявлены умеренная гипертрофия ПЖ (толщина свободной стенки ПЖ 6,5±1,5 мм), легкая дилатация ПП и ПЖ (диаметр ПП 39,0±3,0 мм, диаметр ПЖ 3,3±3,0 мм), диастолическая дисфункция ПЖ (нарушение релаксации или псевдонормальный тип) и умеренная ЛГ (СДЛА 40±5 мм рт.ст.). У пациентов 2 группы (n=25) были выявлены умеренная дилатация правых камер сердца (диаметр ПП 48,5±2,5 мм, диаметр ПЖ 3,6±2,0 мм), диастолическая дисфункция ПЖ (псевдонормальный или рестриктивный тип) и значительная ЛГ (СДЛА 55±5 мм рт.ст.). На основании полученных данных комплексного ЭхоКГ исследования были составлены дифференцированные программы физической реабилитации для пациентов 1 и 2 группы.

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют о необходимости применения стандартизированных ЭхоКГ методик для оценки ремоделирования и дисфункции правых камер сердца у больных ХОБЛ, осложненной ЛГ, перед включением их в программу медицинской реабилитации.

0756 ИЗМЕНЕНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В УСЛОВИЯХ НАРУШЕННОГО КАРОТИДНОГО КРОВОТОКА

Рабинович Р.М.
Тверская Государственная Медицинская Академия, Тверь, Россия

Цель исследования: оценить состояние каротидного кровотока, вегетативный статус и показатели системного кровообращения у больных АГ I-III стадий, а также описать многоуровневые нарушения, возникающие в условиях рассогласования центральной и церебральной гемодинамики.

Материал и методы. При обследовании 110 больных (52±0,96 лет) АГ использовались ультразвуковая допплерография внутренних сонных артерий (ВСА), кардиоинтервалография (КИГ) и эхокардиография. Выделено 3 группы: 1-я (47±1,7 лет) – нормальный, 2-я (52±1,5 лет) – умеренно нарушенный, 3-я (57±1,4 лет; p=0,001) – грубо нарушенный каротидный кровоток (вероятный стеноз ВСА).

Результаты. Оказалось, что ухудшение каротидного кровотока сопряжено со старением, увеличением артериального давления (АД), длительности и тяжести АГ, появлением ишемической болезни сердца (ИБС). При этом, в 1-й группе преобладали ваготония (40%) и вегетативное равновесие (40%), во 2-й и 3-й – умеренная симпатикотония (50% и 56%; τ=0,48, p=0,000). Преобладающим типом кровообращения в 1-й и 2-й группах был эу- (71% и 63%), а в 3-й группе – гипокинетический (56%; τ=0,30, p=0,000). Исключение из анализа лиц с ИБС, не меняло направление вегетативного сдвига от 1-й к 3-

й группе (τ=0,45, p=0,001), в то время как взаимосвязь каротидного кровотока и центральной гемодинамики была статистически не значимой (τ=0,19, p=0,073). Многофакторный дисперсионный анализ показал, что ухудшение кровотока по ВСА сопряжено с симпатической активацией, при этом ни один из параметров КИГ не зависел от центральной гемодинамики. Логистическая регрессия позволила установить, что наличие гипокинетического типа кровообращения независимо повышает вероятность стеноза ВСА в 3 раза, в то время как, ваготония практически исключает, а вегетативное равновесие снижает вероятность стеноза в 5,5 раз. Отсутствие стеноза ВСА снижает вероятность симпатикотонии в 3 раза и повышает вероятность гипер-/эукинетического типа кровообращения в 4 раза, при этом тип центральной гемодинамики не имеет самостоятельной предикторной ценности в отношении вегетативного статуса.

Полученные результаты подтверждают имеющиеся представления о цереброишемическом механизме АГ, который заключается в компенсаторной гиперфункции симпатического звена в условиях нарушенного экстракраниального кровотока и снижения кровоснабжения мозга. Однако ожидаемого увеличения сердечного выброса, необходимого для ликвидации церебральной ишемии, выявлено не было, что, вероятно, было обусловлено возрастным фактором и более высокой частотой сопутствующей ИБС в 3-й группе. Вероятно, у пожилых больных в условиях генерализованного атеросклероза и снижения пропульсивной функции сердца, единственным механизмом поддержания адекватной перфузии мозга является компенсаторная гипертония, что согласуется с полученными результатами.

Выводы: 1) ухудшение каротидного кровотока сопровождается симпатической активацией и трансформацией гемодинамики в сторону гипокинетического варианта, особенно при сопутствующей ИБС; 2) назначение гипотензивных препаратов у пожилых со сниженным сердечным выбросом требует осторожности, ввиду возможного ухудшения церебрального кровообращения.

0757 УРОВНИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ И ХЕМОАТТРАКТАНТОВ В КРОВИ И В СОСУДИСТОЙ СТЕНКЕ ПРИ КОРОНАРНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Рагино Ю.И.[1], Чернявский А.М.[2], Полонская Я.В.[1], Волков А.М.[2], Цымбал С.Ю.[2], Семаева Е.В.[2], Воевода М.И.[1]
ГУ НИИ терапии СО РАМН[1], Новосибирск, Россия; ФГУ ННИИ патологии кровообращения им. Е.Н. Мешалкина[2], Новосибирск, Россия

Целью работы было исследование связи уровней воспалительных цитокинов и хемоаттрактантов в крови и в атеросклеротических очагах разных стадий развития (липидное пятно, молодая стабильная бляшка, фиброзная стабильная бляшка, разные типы нестабильных бляшек) у мужчин с коронарным атеросклерозом без острого коронарного синдрома (ОКС).

Материалом исследования была сыворотка крови и материал интимы/медии коронарных артерий, забранный при эндартериаэктомии по интраоперационным показаниям в ходе операции аортокоронарного шунтирования у 41 мужчины с коронарным атеросклерозом без ОКС. Забранные материалы интимы/медии были продольно и поперечно разделены на фрагменты. Гистологический анализ фрагментов проводился после окраски гематоксилин-эозином и Ван Гизон. Из 123 фрагментов интимы/медии неизмененная ткань интимы была определена в 10 случаях, липидное пятно – в 13, бляшка стабильная молодая – в 26, бляшка стабильная фиброзная – в 36, бляшка нестабильная - в 38, в том числе липидного типа – в 13, воспалительного – в 11, некротического – в 14. В сыворотке крови и в гомогенатах фрагментов интимы/медии (после измерения содержания белка по Лоури) были определены уровни воспалительных цитокинов (фактор некроза опухоли, TNF-альфа, интерлейкин-1-бета, IL-1-бета, антагонист рецептора интерлейкина-1, IL-1-RA, IL-6, IL-8) и хемоаттрактантов (моноцитарный хемотаксический протеин, MCP-1, эндотелиально-моноцитарный активирующий полипептид, EMAP-II) методом ИФА с использованием тест-систем ELISAs (Biomedica, Cytimmune, Biosource, Bender-Medsystems).

Результаты. У мужчин с коронарным атеросклерозом без ОКС в крови не обнаружено выраженного повышения исследованных воспалительных цитокинов. В нестабильных атеросклеротических бляшках выявлены наиболее повышенные уровни IL-6, IL-8, MCP-1 и EMAP-II в сравнении с неизменной интимой (p<0,01), липидными пятнами (p<0,05) и стабильными бляшками (p<0,05), в то время как уровни IL-1-бета и TNF-альфа были повышены в молодых стабильных бляшках, то есть на более ранней стадии развития атеросклеротического очага, в сравнении с другими стадиями (p<0,05). Повышенные уровни воспалительных цитокинов и хемоаттрактантов определены в нестабильных бляшках не только воспалительного (повышение IL-1-бета, IL-6, IL-8, MCP-1, EMAP-II), но и липидного типов (повышение IL-6, IL-8, MCP-1) в сравнении с некротическим типом. Методами корреляционного и линейно-регрессионного анализов в модели GLM обнаружены связи уровней MCP-1 и EMAP-II в сосудистой стенке с уровнями TNF-альфа, IL-6 и IL-8 в сосудистой стенке (p<0,01), уровня IL-1-бета в сосудистой стенке и в крови с уровнем TNF-альфа в крови (p<0,05). Отсутствие значимых связей между уровнями воспалительных цитокинов в крови и в сосудистой стенке свидетельствует, что воспалительные изменения в процессе развития атеросклеротического очага могут носить локальный характер.

Работа выполнена в рамках гранта Президента РФ № МД-539.2007.7.

0758 АНАЛИЗ ДИСПАНСЕРНОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Раджапова З.Т., Полупанов А.Г., Джумагулова А.С.
НЦКТ имени академика Мирсаида Миррахимова, КРСУ, Бишкек, Кыргызстан

Цель: оценить адекватность диспансерного ведения пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в центрах семейной медицины г. Бишкек.

Методы: методом случайной выборки проведен ретроспективный анализ 800 амбулаторных карт пациентов с АГ, находящихся на диспансерном наблюдении в поликлиниках города в течение 2005 года.

Результаты: В выборке 70,0% пациентов составили женщины, 30,0% – мужчины (p<0,001). Средний возраст пациентов составил 66,3±10,7 лет. Большую часть гипертоников (68,0%) составили лица старше 60 лет. Пенсионеры составили 77,3%, безработные – 11,0%, работающие – 7,3%, инвалиды – 16,0%. Анализ диспансеризации пациентов за анализируемый период показал, что не обращались за медицинской помощью к семейному врачу 20% пациентов, к врачу-кардиологу – 76%, к другим специалистам – 58,0%. В 70,5% случаев врачи не планировали последующие визиты для оценки переносимости, эффективности и безопасности лечения, а также контроля выполнения полученных рекомендаций. Оценка использования лабораторно-инструментальных методов исследования показала, что не проводились общие анализы крови 38% пациентов, мочи – 40%, исследования на холестерин крови – 68%, на сахар крови – 55%, на креатинин крови – 94% пациентов. Почти у 50% больных не было проведено ЭКГ-исследование, у 96% – ЭхоКГ и у 88% пациентов – УЗИ-исследование почек. Консультация невропатолога не проводилась 82% пациентов, исследование глазного дна – 74% больных.

Выводы: ведение большинства пациентов с АГ проводится не в соответствии с разработанными руководствами и клиническими протоколами. Для повышения эффективности диспансерных мероприятий необходимо оптимизировать стратегию ведения больных АГ на уровне первичного звена.

0759 ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЕРВОЙ СТАДИИ И НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ ПО ГИПЕРТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ

Ратовская О.Ю., Никулина С.Ю.
Кафедра внутренних болезней №1, ГОУ ВПО Красноярская Государственная Медицинская Академия, Красноярск, Россия

Цель: провести дифференциальный диагноз нейроциркуляторной дистонии по гипертоническому типу и гипертонической болезни первой стадии с помощью метода кардиоритмографии у мужчин призывного возраста.

Пациентами были лица мужского пола в возрасте от 18 до 25 лет (средний возраст 21 год±0,3), всего обследовано 65 человек из них с нейроциркуляторной дистонией по гипертоническому типу 39 человек, с гипертонической болезнью первой стадии 26 человек.

Методы исследования: электрокардиография, измерение температуры тела в подмышечной впадине и ротовой полости, активная ортостатическая проба, велоэргометрия, эхокардиография, суточное мониторирование артериального давления, кардиоритмография.

Показатели вариабельности ритма сердца определялись при помощи кардиоритмографии на диагностической системе «Валента».

Результаты исследования. У обследованных нами пациентов с нейроциркуляторной дистонией по гипертоническому типу отмечалась парадоксально высокая реакция на активную ортостатическую пробу с коэффициентом реакции 42,3%±0,98, для пациентов с гипертонической болезнью первой стадии этот показатель составил 14,1%±0,22 ($p<0,001$). Исходно среднее квадратичное отклонение в клиностазе составило 0,07±0,0012 для пациентов с нейроциркуляторной дистонией по гипертоническому типу, для лиц с гипертонической болезнью первой стадии среднее квадратичное отклонение в клиностазе 0,049±0,0032 ($p<0,001$), при переходе в ортостаз 0,1±0,18 и 0,048±0,079 соответственно ($p>0,05$). Индекс напряжения при нейроциркуляторной дистонии в клиностазе 61,51±0,016, при гипертонической болезни данный показатель 179,235±0,24 ($p<0,001$), индекс напряжения при нейроциркуляторной дистонии по гипертоническому типу в ортостазе 81,9±1,54, при гипертонической болезни данный показатель 213, 53±2,84 ($p<0,001$). Коэффициент корреляции составил 30,18±1,2 в клиностазе для пациентов с нейроциркуляторной дистонией, для лиц с гипертонической болезнью 34,3±1,12 ($p<0,05$), в ортостазе коэффициент корреляции составил 29,51±0,8 и 27,64±0,06 соответственно ($p<0,05$). Показатель p RR50% был равен 36,10±1,2 на этапе клиностаза в первой группе и 7,47±0,18 во второй группе ($p<0,001$), в ортостазе у лиц с нейроциркуляторной дистонией 9,44±1,9, у пациентов с гипертонической болезнью 3,41±0,8 ($p<0,05$).

Выводы. Метод кардиоритмографии является дополнительным эффективным методом в дифференциальной диагностике нейроциркуляторной дистонии по гипертоническому типу и гипертонической болезни первой.

0760 ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Рачкова С.А., Кириченко М.В., Шутемова Е.А., Романчук С.В.
ГУЗ «Кардиологический диспансер», Иваново, Россия

Сердечно-сосудистые заболевания прочно занимают первое место в структуре смертности населения Ивановской области, оставаясь также одной из основных причин временной и стойкой утраты трудоспособности. В целях оптимизации кардиологической помощи населению Ивановской области в 2006 году Правительством области был разработан инновационный проект «Эффективная и доступная кардиологическая помощь». Целью проекта явилось создание высокоэффективной и доступной каждому жителю области кардиологической службы. Одним из направлений реализации проекта являлась разработка и повсеместное внедрение системы профилактических мероприятий, направленных на предупреждение развития и раннее выявление заболеваний сердечно-сосудистой системы и их осложнений. Для реализации этого направления проекта на базе ГУЗ «Кардиологический диспансер» было создано отделение профилактики и реабилитации (ОПиР). Задачами отделения являются: ранняя диагностика сердечно-сосудистых заболеваний и выявление лиц с множественными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний при проведении массовых профилактических медицинских осмотров работников промышленных предприятий и бюджетной сферы, дополнительной диспансеризации населения; осуществление реабилитационных мероприятий и динамического наблюдения за пациентами, перенесшими инфаркт миокарда и операции на сердце; формирование реестра больных, нуждающихся в высокотехнологичной кардиологической помощи; эпидемиологический мониторинг основных сердечно-сосудистых заболеваний; просветительская работа с населением в средствах массовой информации с целью формирования ответственного отношения к здоровью; осуществление организационно-методической помощи учреждениям здравоохранения по профилактической работе; координация действий органов управления здравоохранения, лечебных учреждений, органов социальной защиты, научных и общественных организаций в вопросах организации лечебно-профилактической помощи кардиологическим больным. В ОПиР направляются пациенты с множественными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, выявленные в ходе дополнительной диспансеризации населения и профилактических осмотров, с выраженными нарушениями липидного обмена, имеющие отягощенную наследственность, а также больные, перенесшие инфаркт миокарда и реконструктивные операции на сердце. В 2007 году в отделении было профилактически осмотрено 1245 работников предприятий, в рамках дневного стационара пролечено 825 больных. Организована работа школ для больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (АГ, ИБС, ХСН, нарушения ритма), в которых прошли обучение 526 больных.

Таким образом, в Ивановской области была разработана и внедрена система профилактических мероприятий, направленных на предупреждение развития и раннее выявление заболеваний сердечно-сосудистой системы и их осложнений.

0761 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСТПЕРИКАРДИОТОМНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Рачок Л.В., Жуйко Е.Н.
ГУ РНПЦ «Кардиология», Минск, Беларусь

Цель: Оценить особенности течения постперикардиотомного синдрома (ППКТС) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с низкой фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), перенесших операцию аортокоронарного шунтирования (АКШ) в условиях искусственного кровообращения (ИК).

Материалы и методы: Проведен анализ 30 историй больных ИБС с низкой ФВ (<45%) ЛЖ, перенесших операцию АКШ в условиях ИК, находившихся на лечение в отделении послеоперационных осложнений РНПЦ «Кардиология» с декабря 2006 года по апрель 2007 года. Оценивались клинические, лабораторные данных (общий и биохимический анализ крови), результатов эхокардиографического обследования до операции и в ранний послеоперационный период. В протоколах операций анализировали длительность ИК, количество и качество коронарных шунтов. Статистическая обработка производилась с использованием пакета программ «Biostsat», «Excel», «StatPlus». Различия считали достоверными при уровне значимости $p<0.05$. Данные представлены в виде M±m.

Результаты: Средний возраст пациентов составил 57,1±1,5 лет, 3 женщины человека, 27 мужчин. В анамнезе у 24 человек

(80%) была артериальная гипертензия, у 19 человек (63%) сахарный диабет, у 12 человек (40%) ХПН. Фракция выброса ЛЖ до операции была: 37,2±1,17%; конечно-диастолический размер ЛЖ до операции 65,04±1,3 мм; конечно-систолический размер ЛЖ 51,5±1,6мм. Постперикардиотомный синдром (ППКТС) который проявлялся клинически: повышением температуры тела, снижением артериального давления, слабостью и одышкой, а также перикардитом и плевритом по данным ультразвукового исследования был диагностирован у 20 человек (I группа). Сепарация листков перикарда над правым желудочком у больных ППКТС составила 6,68±1,26 мл, объём плеврального выпота слева составил 447,5±152,7 мл; справа 242,5±40,9 мл. Продолжительность ППКТС составила 14,3±1,67 койко-день. При проведении сравнительного анализа достоверных отличий по данным эхокардиографического обследования в группе больных с ППКТС (I группа) и без него (II группа) не было выявлено. При анализе общего и биохимического анализов крови в I группе до операции был повышен уровень тромбоцитов (215,2±11,06 и 142,86±23,5; p<0,005), лейкоцитов (7,25±0,36 и 6±0,36; p<0,05), фибриногена (4,6±0,38 и 3,38±0,34 ммоль/л; p<0,05), мочевины (7,6±0,56 и 5,5±0,5 ммоль; p<0,05) и креатинина (103,2±6,7и 80,4±4,3 ммоль/л; p<0,05). При анализе протокола операции выявлена большая длительность ИК в I группа (125±7,5 и 99,2±5,9 мин; p<0,05)

Выводы: У больных ИБС с низкой ФВ ЛЖ перенесших операцию АКШ, в группе с развившимся ППКТС в ранний послеоперационный период выявлено повышение тромбоцитов, лейкоцитов, фибриногена, мочевины и креатинина до операции. Длительность искусственного кровообращения, при проведении операции также была достоверно выше в этой группе пациентов.

0762 ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Рашид М.А., Ядров М.Е., Карпова Н.Ю., Шостак Н.А., Казакова Т.В., Быкова А.Ю., Румянцев О.Н.

Кафедра факультетской терапии им. акад. А.И. Нестерова ГОУ ВПО «РГМУ» Росздрава, Москва, Россия; ГКБ № 55, Москва, Россия

Цель: Изучить частоту встречаемости различных этиологических форм аортального стеноза в старшей возрастной группе по данным анализа результатов эхокардиографического исследования.

Методы: Эхокардиографическое исследование (2ДЭхоКГ), медицинские карты стационарных больных.

Результаты: За исследуемый годовой период 2ДЭхоКГ в 54,2% случаев было проведено лицам старше 65 лет, среди которых аортальный стеноз был выявлен в 12,8% случаев. При анализе этиологических форм порока в подавляющем числе случаев выявлен кальцинированный (79,2%; КАС), а в остальных - ревматический аортальный стеноз (20,8%). Случаев бикуспидального аортального стеноза нами не отмечено. Тем самым частота встречаемости КАС в общей популяции составила 10,2%, а ревматического порока – 2,6% соответственно. Анализ предшествующей медицинской документации показал, что диагноз ревматического аортального стеноза в 100% случаев был поставлен на догоспитальном этапе, в то время как диагноз КАС был установлен впервые в 66,9% случаев, что может свидетельствовать о стертом, неспецифическом характере симптомов заболевания у пожилых, являющимся причиной гиподиагностики порока на амбулаторном этапе. Сравнение этиологических форм аортального стеноза по степени тяжести порока, согласно критериям ACC/AHA (2006), показало достоверное преобладание в структуре КАС случаев порока легкой степени тяжести (57,7%), а для ревматического – случаев критического аортального стеноза (61,8%; p<0,0001), что объясняется разной продолжительностью существования выделенных заболеваний. Также установлено достоверно преобладание женщин в группе с КАС (80% и 29%) и мужчин – в группе с ревматическим аортальным стенозом (71% и 20%; p<0,0001). Основными причинами госпитализации больных КАС явились хронические формы ИБС (38,5%), острый коронарный синдром (30,0%), пароксизмальная форма фибрилляции предсердий (9,2%), декомпенсация хронической сердечной недостаточности (7,7%) и артериальная гипертензия (8,5%), что свидетельствует о частом сочетании КАС с другими сердечно-сосудистыми заболеваниями у пожилых лиц. Основной причиной госпитализации пациентов с ревматическим пороком послужила декомпенсация хронической сердечной недостаточности – (54,5%). Другие причины, в порядке убывания по частоте, были представлены: острым коронарным синдромом (14,7%), хроническими формами ИБС (13,3%), острыми нарушениями мозгового кровообращения (8,8%), что отражает большую степень декомпенсации аортального стеноза, характерного для хронической ревматической болезни сердца.

Выводы: Полученные данные отражают высокую частоту встречаемости аортального стеноза в кардиологической практике. Низкая выявляемость КАС у лиц старше 65 лет требует пристального внимания кардиологов.

0763 ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В ИНВАЗИВНЫХ И НЕИНВАЗИВНЫХ СТАЦИОНАРАХ. ПЕРВЫЕ ДАННЫЕ РОССИЙСКОГО РЕГИСТРА «РЕКОРД»

Рабочая группа регистра «РЕКОРД», Москва, Россия

Актуальность. Немалая доля в современных подходах к лечению острых коронарных синдромов (ОКС) приходится на проведение чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ). Однако возможность проведения инвазивных процедур есть далеко не всех стационарах, а различия в подходах к лечению и его результатах между российскими стационарами, до сих пор не получили объективной оценки.

Материал и метод. Анализировались данные, полученные в ходе российского регистра ОКС «РЕКОРД». В регистр включались все последовательно госпитализированные больные, имеющие симптомы ОКС в ближайшие 24 часа до поступления. Исследование началось 1.11.2007, и в каждом стационаре было включено не более 50 больных. На 15.04.2008 проанализированы данные из 16 стационаров в 12 городах (9 стационаров инвазивные, 7 неинвазивные).

Результаты. В регистр было включено 688 больных, из которых 51,9% поступили в инвазивные, а 48,1% - в неинвазивные. По сравнению с больными из инвазивных, больные в неинвазивных стационарах были достоверно старше (66,0±11,4 против 62,7±12,1 лет; p=0,0007), чаще в анамнезе имели инфаркт миокарда (ИМ) (47,4% против 31,4%; p=0,04) и сердечную недостаточность (50,8% против 19,6%; p<0,0001), но реже ЧКВ (2,1% против 10,1%; p=0,004). Медиана времени от начала симптомов до госпитализации была достоверно большей для больных из инвазивных стационаров (7ч15мин, 1-3й квартили 2ч55мин-24ч против 5ч40мин, 1-3й квартили 2ч58мин-20ч). Доля больных, поступивших с ОКС и подъемом ST в инвазивные стационары составила 33,6%, а в неинвазивные – 20,2% (p=0,004). Первичная реперфузионная терапия при ОКС с подъемами ST в инвазивных стационарах была проведена у 63,3% больных (у 30,0% - первичное ЧКВ), в неинвазивных стационарах – у 28,4% больных. Медиана времени от поступления до начала проведения первичного ЧКВ составила 1ч55мин (1-3й квартили 1ч-4ч30мин). Медиана времени от поступления до начала тромболизиса составила 15мин (1-3 квартили 10мин-35мин). Среди тромболитических препаратов наиболее часто использовалась стрептокиназа – 77,5% в инвазивных и 47,4% в неинвазивных стационарах. При ОКС без подъемов ST лечение парентеральными антикоагулянтами не проводилось у 10,2% больных в инвазивных и у 21,9% больных в неинвазивных стационарах (p<0,05). Среди антикоагулянтов наиболее часто использовался нефракционированный гепарин, а эноксапарин получали 16,1% больных в инвазивных и 3,4% больных в неинвазивных стационарах (p<0,05). Процедура реваскуляризации при ОКС без подъемов ST была проведена 28,1% больных, поступавших в инвазивные стационары. При этом лишь у 0,9% это была экстренная (<2ч) процедура, а у 17,5% - отсроченная (<72ч). Средняя длительность

госпитализации 12,8±7,0 дней. За этот срок среди больных с ОКС и подъемами ST умерло 17,5% больных в инвазивных и 20,5% в неинвазивных стационарах (p=0,58), а среди больных с ОКС без подъемов ST – 2,95% и 2,3% соответственно (p=0,2).

Заключение. Результаты российского регистра ОКС «РЕКОРД» показывают, что в лечении ОКС наиболее серьёзными факторами, которые могут обуславливать высокую смертность при ОКС, особенно при ОКС с подъемами ST, являются позднее поступление больных, малая активность в отношении выполнения тромболизиса и первичной ЧКВ, и позднее начало выполнения инвазивных процедур.

0764 ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПОДВЕРГШИХСЯ ИНВАЗИВНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Репин А.Н.[1], Сергиенко Т.Н.[1], Счастный Е.Д.[2], Лебедева Е.В.[2], Розин А.И.[2], Скоробогатько М.В.[1], Цицура Т.Н.[1], Перчаткин В.А.[1], Телкова И.Л.[1]

ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН[1], Томск, Россия; ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН[2], Томск, Россия

Цель: оценить и сравнить частоту и степень выраженности тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) у больных хронической ишемической болезнью сердца (ИБС), которым была проведена инвазивная реваскуляризация миокарда – операция аортокоронарного шунтирования (АКШ) или баллонная ангиопластика (БАП) со стентированием коронарных артерий, а также определить дальнейшую тактику лечения выявленных нарушений.

Материал и методы: обследовано всего 99 больных, поступивших в отделение реабилитации больных ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН, страдающих хронической ИБС. Из них 75,8% (n=75) составили мужчины и 24,2% (n=24) – женщины. Средний возраст больных 58,6±1,0 лет. Все пациенты были рандомизированы в три группы: 1-ю группу составили больные, которым проводилась БАП со стентированием (n=20), 2-ю - пациенты, подвергшиеся операции АКШ (n=18), больным 3-й группы (n=61) инвазивное лечение ИБС не проводилось. При поступлении всем больным проводилось скрининговое тестирование госпитальной шкалой самооценки тревоги и депрессии (HADS), а также оценивалось качество жизни пациентов шкалой социального функционирования Шихана. При выявлении повышенного уровня тревоги и депрессии (более 8 баллов по HADS), пациентам проводилось консультация психиатра для уточнения диагноза и определения способа коррекции ТДР.

Результаты: при скрининговом обследовании больных тревожно-депрессивные расстройства выявлялись более часто в группах инвазивных методов лечения ИБС, чем в группе консервативного лечения. У пациентов 2-й группы диагностировано значимо больше ТДР, чем в 3-й группе: 83% (n=16) vs 57% (n=34) (p=0,043). Уровень тревоги также был выше во 2-й группе (8,8±0,7 баллов), чем в 1-й (7,8±0,8 баллов) и в 3-й (7,2±0,5 баллов) группах (p>0,05). Тревожные расстройства обнаружены у 60% (n=12) больных 1-й группы, у 72% (n=13) пациентов 2-й группы и у 45% (n=27) в 3-й группе вмешательств (во 2-й группе значимо больше, чем в 3-й, p=0,04). Депрессивные нарушения также чаще выявлялись у больных, подвергшихся операции АКШ, но достоверных различий не получено. Медикаментозная коррекция ТДР потребовалась 50 % (n=5) больных 1-й группы, 67% (n=8) 2-й и 76 % (n=22) 3-й группы. Наблюдение за пациентами продолжается.

Заключение: хроническая ИБС чаще сочетается с тревожно-депрессивными расстройствами у пациентов, перенесших операцию АКШ, чем у больных с консервативной тактикой лечения ИБС (83% vs 57%). Больные после АКШ чаще становятся инвалидами, чем пациенты, перенесшие БАП со стентированием (71% vs 30%), что, несомненно, усиливает степень выраженности ТДР. Больные ИБС, перенесшие инвазивное лечение, нуждаются как в физической, так и психологической реабилитации.

0765 РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ИОНОТРАНСПОРТА КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С МАЛОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Ризванова Е.В.

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава», Казань, Россия

Цель: изучить взаимосвязь генетических особенностей ионотранспорта (по скорости Na+-Li+-противотранспорта в мембране эритроцита (vNa+-Li+-ПТ) матери с особенностями течения беременности (Б) и с массой тела (МТ) детей при рождении.

Методы: обследованы 82 женщины (средний возраст 26±5 лет), из них: группа 1 - 48 женщин с Б, осложненной гестозом (Г), одним из проявлений которого была артериальная гипертензия (АГ); Г, проявлением которого была изолированная АГ (ИАГ), отмечен у 24 женщин (50%), АГ в сочетании с протеинурией (АГП) – также у 24 (50%). Группа 2 – 34 женщины с неосложненным течением Б. Было прослежено течение Б до родов, течение родов. Фиксировали МТ детей при рождении. Особенности ионотранспорта женщинам определяли по vNa+-Li+-ПТ по методу M. Canessa с соавт. (1980) дважды: во время Б (после 20 недель Б, в среднем в 32±5 недель) и через 6 месяцев после родов. Результаты по vNa+-Li+-ПТ были оценены сравнением средних величин и при помощи квартильного анализа (разделения признака на 4 равных диапазона (Д)). Границы Д vNa+-Li+-ПТ для женщин русско-татарской популяции определены в соавторстве с О.В. Богоявленской, В.Н. Ослоповым и др. (2004): I Д 78-193, II Д 194-265, III Д 266-342, IV Д 343-730 микромоль Li на литр клеток (эритроцитов) в час (мкМ Li).

Результаты: У женщин при Б средняя vNa+-Li+-ПТ составила 440±123 мкМ Li, после родов – 261±84 мкМ Li (p<0,01). Выявлено: 1) При Б, осложненной АГП, средняя vNa+-Li+-ПТ была выше, чем при Б, осложненной ИАГ (501±53 и 413±66 мкМ Li, p<0,05), и выше, чем в группе 2 (501±53 и 457±26 мкМ Li, p<0,05). 2) При оценке МТ всех детей: чем меньше показатель снижения vNa+-Li+-ПТ после родов, тем меньше вес новорожденного, и это было более выраженным у женщин, перенесших Г (r=0,33, p<0,05). 3) При анализе средней МТ детей женщин групп 1 и 2 в зависимости от того, в каком Д vNa+-Li+-ПТ они оказывались после родов: у женщин, перенесших Г, МТ ребенка уменьшалась с увеличением номера Д. При этом у женщин, оставшихся после родов в IV Д vNa+-Li+-ПТ, средняя МТ ребенка при рождении была достоверно ниже, чем у женщин, оказавшихся после родов во II Д vNa+-Li+-ПТ (p<0,05). У женщин группы 2 и после родов находившихся в разных Д vNa+-Li+-ПТ, средняя МТ их детей была практически одинаковой (p>0,05). 4) У матерей группы 1, оставшихся после родов в IV Д vNa+-Li+-ПТ, имеется наибольшее количество детей с малой МТ при рождении и их в 2 и 3 раза больше, чем таких детей, родившихся у матерей, находящихся после родов соответственно в III и во II Д vNa+-Li+-ПТ. У матерей, оказавшихся после родов в I Д vNa+-Li+-ПТ, низковесных детей не было.

Выводы: 1) Активность vNa+-Li+-ПТ при Б является предиктором развития гестоза, проявлением которого является АГП. 2) Динамика vNa+-Li+-ПТ у женщин при Б и после родов является предиктором рождения детей с малой массой тела.

0766 ВЛИЯНИЕ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ НА ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЮ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Родионов В.А., Антонченко И.В., Егай Ю.В., Попов С.В.

ГУ НИИ кардиологии г. Томска ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель: изучить влияние омега-3 ПЖК (препарат Омакор, Solvay Pharma, Нидерланды) на электрофизиологические про-

цессы предсердий, частоту возникновения, переносимость и длительность эпизодов ФП.

Методы. Производилась внутрисердечная оценка электрофизиологических показателей предсердий у пациентов с фибрилляцией предсердий. Измерение продолжительности эффективного рефрактерного периода программируемой стимуляцией предсердий с базовым навязанным ритмом 600 мс. ЭРП оценивался в различных участках предсердия, а именно синоатриальной области и нижних отделов правого предсердия с целью вычисления различия правопредсердной рефрактерности. Пациенты в количестве 23 человек, не принимавшие анитиаримических препаратов (ААП) до внутрисердечного электрофизиологического исследования, составили контрольную группу. Основную группу составили 22 пациента, принимавшие Омакор в течение 10 дней до внутрисердечного электрофизиологического исследования.

Результаты. В контрольной группе у 20 больных было отмечено 80 эпизодов ФП. Время от начала пароксизма до в/в введения прокаинамида составило 10-20 минут. Препарат был эффективен в 77 из 80 эпизодов. Среднее время купирования пароксизмов ФП составило 76±12,8 минуты. В группе пациентов, принимающих Омакор, зарегистрировано 43 эпизода ФП, при одинаковых условиях применения, препарат оказался эффективен у всех пациентов, среднее время купирования 45±12,39 минут ($p<0,01$). рефрактерный период предсердий в контрольной группе составил 185±20,2 мс, против 243,5±27,9 мс в группе принимавших Омакор ($p<0,05$). Повышение ЭРП предсердий у пациентов с пароксизмальной формой ФП на фоне приема препарата Омакор привело к уменьшению дисперсии рефрактероности на 22±22,7 мс, в то время как в группе контроля данный показатель составил 47±11,7 мс ($p<0,05$).

Выводы:

1. Применение омега-3 полиненасыщенных жирных кислот у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий приводит к уменьшению частоты пароксизмов, длительности эпизодов аритмии и повышает эффективность применения антиаритмических препаратов;

2. Омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты изменяют электрофизиологические показатели предсердий у пациентов с фибрилляцией предсердий, а именно повышают эффективный рефрактерный период, сглаживают дисперсию рефрактерности;

3. Возможно применение препарата Омакор у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий с целью профилактики развития нарушения ритма сердца, а также повышения эффективности купирования антиаритмическими препаратами пароксизмов фибрилляции предсердий.

0767 ВОЗМОЖНОСТИ АВТОМАТИЧЕСКИХ ТОНОМЕТРОВ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ЛОДЫЖЕЧНО-ПЛЕЧЕВОГО ИНДЕКСА СИСТОЛИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ, КАК МАРКЕРА СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ПОРАЖЕНИЯ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Рогоза А.Н., Чихладзе Н.М., Балахонова Т.В., Сивакова О.А., Астраханцева П.В., Воробьева О.Н.
ФГУ «РКНПК», Москва, Россия

Цель. Лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ) широко применяется для скрининга при выявлении заболеваний периферических артерий и оценки состоятельности коллатерального кровообращения. В последние годы определение ЛПИ вошло в перечень методов, рекомендованных для обследования больных артериальной гипертонией. Традиционно этот показатель определяется методом УЗ допплерографии. Применение альтернативных методов ранее демонстрировало противоречивые результаты. Целью исследования была оценка точности метода определения ЛПИ с помощью широко доступных в настоящее время автоматических приборов с осциллометрическим принципом измерения АД.

Группы пациентов и методы исследования. Проведено обследование 65 пациентов с АГ 1-3 ст., возрастом 57±11 лет, без симптомов заболеваний периферических артерий. ЛПИ последовательно определялся двумя способами. Для традиционного определения ЛПИ (ЛПИуз) использовали малогабаритный допплеровский индикатор скорости кровотока «МИНИДОП» (БИОСС). При альтернативном подходе ЛПИ рассчитывали по результатам двукратного измерения давления на плече и лодыжке (ЛПИосц) с помощью рекомендованного для клинического использования автоматического тонометра Omron 705IT (OMRON Healthcare). Данные статобработки приведены как M±SD.

Результаты. Уровень САД составил на плече 127+19 мм рт.ст., лодыжке 141+29 мм рт.ст. Традиционный ЛПИуз варьировал от 1,54 до 0,51 (1,12+0,21), при этом значения ЛПИуз <0,9, указывающие на наличие стенозирующих поражений артерий (СПА) нижних конечностей были отмечены у 9 пациентов из 65 (у 14%). ЛПИосц изменялся от 1,46 до 0,6 (1,14+0,17), и его среднегрупповые значения не отличались достоверно от традиционного ЛПИуз ($p=0,53$). Коэффициент корреляции между традиционным показателем ЛПИуз и ЛПИосц составил $R=0,71$ ($p<0,01$). Для оценки возможности использования ЛПИосц с целью выявления пациентов с признаками СПА нижних конечностей (ЛПИуз <0,9) применили метод построения характеристических кривых (ROC кривых) для ЛПИосц. Площадь под ROC кривой составила 0,98 ($p<0,001$). Максимальная точность выявления СПА достигалась при критерии ЛПИосц <0,94. Чувствительность метода при этом достигает 89% при специфичности 100%.

Выводы. Для массового обследования пациентов с АГ с целью выявления бессимптомных стенозирующих поражений артерий нижних конечностей, как рекомендованного дополнительного показателя доклинического поражения органов-мишеней, может быть использовано измерение САД на плече и лодыжке с помощью автоматических тонометров высокого класса с расчетом ЛПИосц и критерия ЛПИосц <0,94. При этом достигается достаточно высокая чувствительность (89%) и специфичность 100%.

0768 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ПРОБЛЕМАМИ

Рождественская Т.В., Мурылев В.Ю., Крючков А.Н.
Военно-медицинский институт, Государственный медицинский университет, Саратов, Россия

Цель исследования – изучение качества жизни у военнослужащих с сердечно-сосудистыми заболеваниями путем применения психологических методик.

В проведенное исследование были включены 180 военнослужащих, страдающих сердечно-сосудистой патологией и проходящих лечение в условиях кардиологических стационаров или поликлиник Военно-медицинского института и медицинского университета г.Саратова. В контрольную группу вошли 58 практически здоровых военнослужащих. Возраст обследованных пациентов составил от 30 до 56 лет. Диагноз сердечно-сосудистых заболеваний верифицировался ранее, либо в настоящем исследовании с применением комплекса клинико-инструментальных методов.

Для определения качества жизни (КЖ) применялся опросник «Качество жизни больных с хронической сердечной недостаточностью» (MLHFQ), модифицированный авторами. Для оценки психологического статуса пациентов и степени достоверности результатов их тестирования применялся стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ). Результаты исследования обработаны на персональном компьютере IBM PC — Pentium с использование стандартных статистических программ. Существенность статистических зависимостей вычислялась с достоверностью 95% ($p<0,05$).

Проведенный анализ выявил существенную зависимость показателя КЖ от наличия от наличия у больного стенокардии, инфаркта миокарда, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма, различных стадий хронической сердечной недостаточности. ($p<0,01$)

Примерно в половине случаев (49%) показатель КЖ исследован в динамике. Так, у 14 пациентов проходивших военно-врачебную комиссию и не имеющих обострения основного заболевания (и не получавших, соответственно, медикаментозного лечения), за время пребывания в стационаре показатель КЖ практически не менялся (колебания составили 0,3 балла). У больных (75 человек), выписываемых после завершения курса лечения, показатель КЖ улучшился в среднем на 23,4 балла.

Анализ составляющих КЖ выявил значительную зависимость физической части КЖ от выраженности сердечно-сосудистой патологии, а на социальную и психологическую часть эти факторы оказывали менее заметное влияние.

Величина КЖ, вычисляемая на основании оценок самого больного, являющаяся сугубо субъективным показателем, на самом деле хорошо коррелирует с рядом объективных величин и характеристик, выявляемых в ходе специального обследования сердечно-сосудистой системы пациента.

Таким образом, КЖ является достаточно надежным показателем состояния кардиологического больного, который может быть использован для повышения степени объективности дифференцированной оценки клинического прогноза при определении уровня профессиональной пригодности и оценки эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий у военнослужащих, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

0769 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ РАЗНОЙ ЦОГ-2 СЕЛЕКТИВНОСТИ

Розенберг АС.
Государственная медицинская академия, Пермь, Россия

Цель: оценить функциональное состояние почек, почечный кровоток у больных ревматоидным артритом (РА) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) и определение влияния на изучаемые параметры ЦОГ-неселективного НПВП -диклофенака (Д) и ЦОГг-селективного НПВП - нимесулида (Н).

Методы: обследовано 40 женщин, страдающих РА с АГ, средний возраст 55,3±7,2 года. Стаж РА - 9,9 года, АГ - 11,7 лет. Группы сравнения: 1-я - 40 женщин с АГ, 2-я - 40 женщин с РА. Сформировано две подгруппы: 1-я - 20 человек, получавших Д, 2-я - 20 человек, принимавших Н. Обследование включало анализ мочи по методике Зимницкого, определение скорости клубочковой фильтрации по методике Реберга-Тареева, проведение непрямой радиоизотопной ангиографии и динамической сцинтиграфии почек с гломерулотропным радиофармпрепаратом “”Tc-DTPA (пентатех) на сцинтилляционной гамма-камере фирмы UVNR” (Венгрия). Исследование проводили исходно после 30-часового перерыва в приеме НПВП и через 2 недели лечения.

Результаты: Во всех изучаемых группах отмечено снижение почечного кровотока (ПК), более выраженное в группе РА с АГ, где ВМН составило 16,8±5,27с (p=0,03 с контролем), ССН=25,31±8,64 и/с*с (p=0,02). По результатам сцинтиграфии определено снижение клубочковой фильтрации (КФ) во всех группах, более выраженное в группах с РА: у больных РА с АГ СВМН увеличено до 7,06±1,97 мин. (p=0,04), в группе РА - 6,17±1,91 мин. (p=0,046).

Установлена корреляционная связь снижения ПК с повышением активности РА: с индексом DAS28 - r=0,37, p=0,001, с суставным счетом - r=0,34, p=0,001, с уровнем общего холестерина - r=-0,63, p=0,01; а также с серопозитивностью РА (r=0,41, p=0,003). Снижения КФ зависит от стажа РА (r=0,41, p=0,01), стажа АГ (r=0,36, p=0,001) и возраста больных (r=0,33, p=0,001).

При приеме НПВП отмечено снижение ПК в обеих подгруппах. В подгруппе Д ССН снизилась с 25,24±8,01 и/с*с до 18,72±6,72 и/с*с (p=0,042), а в подгруппе Н с 25,37±7,29 и/с*с до 19,14±7,33 и/с*с (p=0,048). Фильтрация в группе Д снизилась: СВМН увеличилось с 7,80±3,52 мин. до 10,39±6,37 мин. (p=0,04). В группе Н СВМН не изменилось, составив 6,33±2,12 мин. и 6,83±2,66 мин. (p=0,8). Максимальная плотность мочи в группе Д снизилась с 1023±3,05 до 1020±3,36 (p=0,01), в группе Н не изменилась (1023±4,75 и 1022±5,22, p=0,63).

Выводы: при АГ и при РА изменения функционального состояния почек и ПК носят однонаправленный характер, а при сочетании заболеваний усугубляются. Прием Д привел к ухудшению ПК и КФ, снижению концентрационной функции почек, что объясняется угнетением синтеза простагландинов h (в клубочках) и Ег (в канальцах). Н подавляет синтез простагландина h, в этой группе умеренное снижение ПК не отразилось на уровне КФ, что говорит о сохранении ауторегуляторного механизма поддержания перфузионного давления при изменении ПК. При сочетании РА с АГ предпочтение следует отдавать ЦОГг-селективным НПВП.

0770 ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Ройтберг Г.Е., Платонова О.Е.
ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет Росздрава», Москва, Россия

Цель: изучение взаимосвязи между наличием НАЖБП и признаками раннего атеросклероза у лиц без метаболического синдрома (МС).

Методы исследования: Всем пациентам по стандартной методике было проведено и ультразвуковое исследование (УЗИ) печени и измерение толщины комплекса интима-медиа (ТКИМ) общих сонных артерий (ОСА) с использованием системы VOLUSON 730 EXPERT 2006г. Диагноз НАЖБП устанавливался по результатам клинико-лабораторных данных и УЗИ печени. Вычисляли среднюю ТКИМ ОСА по 6 точкам. Наличие ранних признаков атеросклероза определялось как местное утолщение ТКИМ более 1,0 мм в любой из точек сонных артерий (ТКИМ ОСА максимальная).

Полученные результаты: В исследование включено 100 практически здоровых пациентов при отсутствии клинически значимых жалоб и симптомов. Критерием исключения являлось наличие метаболического синдрома, диагностируемого по критериям ВОЗ (1999). Наличие и выраженность ранних УЗ-признаков развития атеросклероза проводили в основной (N=44) и контрольной (N=56) группах. Группы были сопоставимы по полу. Средний возраст пациентов в основной и контрольной группах составил 41,1±2,1 и 37,2±1,9 лет соответственно (P=0,172). При оценке алкогольного анамнеза всех обследованных выявлено, что 58,6% больных употребляли алкоголь в низких дозах, т.е. количестве, не превышавшем рекомендованных норм ВОЗ и 41,4% больных — в минимальных дозах. Употребление алкоголя свыше 5 лет назад в количестве, превышающем нормы ВОЗ, не было отмечено. По данным анамнеза исключались перенесенные ранее вирусные гепатиты, токсические и лекарственные поражения печени. Клинические проявления НАЖБП в основной и контрольной группах были неспецифичны, не выражены, выявлялись только при подробном опросе пациентов и не являлись достоверными. При анализе функционального состояния печени выявлялось достоверное повышение уровней трансаминаз и показателя холестаза у пациентов с НАЖБП по сравнению с контрольной группой. При дуплексном сканировании общих сонных артерий достоверно отличались показатели ТКИМ ОСА: в основной группе пациентов с НАЖБП средняя ТКИМ ОСА составила 0,76±0,03 мм против 0,65±0,03 мм (P=0,001) в группе контроля; максимальная ТКИМ ОСА была 0,87±0,02 мм против 0,73±0,01 (P=0,001). При этом утолщение ТКИМ ОСА более 1,0 мм наблюдалось в 25% случаев среди пациентов с НАЖБП против 1,8% в контрольной группе (P<0,001).

Выводы: 1. Установлена взаимосвязь между наличием НАЖБП и признаками раннего атеросклероза у пациентов без метаболического синдрома. 2. НАЖБП можно рассматривать са-

мостоятельным независимым дополнительным фактором развития раннего атеросклероза. 3. Клиническое значение полученных результатов заключается в необходимости более тщательного обследования пациентов с НАЖБП для оценки факторов риска прогрессирования патологии не только самой печени, но и сердечно-сосудистых заболеваний.

0771 ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Романенко Т.С., Омельяненко М.Г., Концевая А.В., Калинина А.М.*, Кунявская С.Г.**, Манохин В.Ю.***
ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, Иваново, Россия; ФГУ ГНИЦ ПМ *, Москва, Россия; ОГУЗ «Ивановская ОКБ» **, Иваново, Россия

Цель: определить особенности психоэмоционального статуса и оценить его влияние на функцию эндотелия у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Методы: обследовано 26 больных ГБ II стадии (средний возраст 52,77±5,46 лет). Кроме комплексного клинико-инструментального обследования по профилю заболевания, всем пациентам была проведена оценка психологического статуса с использованием Госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983), шкалы психологического стресса Ридера (Reeder L.G. et al, 1969). Для изучения состояния эндотелиальной функции (ЭФ) определяли количество десквамированных эндотелиоцитов (ДЭ) по методу J.Hladovec и соавт. (1978), уровень нитритов/нитратов плазмы крови – спектрофотометрическим методом с использованием реакции Грисса. Сосудодвигательную функцию эндотелия оценивали по методике, описанной D.S.Celermajer и соавт. (1992) с определением эндотелий-зависимой вазодилатации плечевой артерии (ПА) по приросту диаметра, а также по оценке увеличения линейной скорости кровотока в ней после выполнения пробы с реактивной гиперемией (ПРГ). Кроме того, использовалось определение прироста количества ДЭ (в %) по сравнению с исходным сразу после проведения ПРГ согласно методике «Способ диагностики скрытой эндотелиальной дисфункции у женщин» по оценке стадии эндотелиальной дисфункции (ЭД) (М.Г. Омельяненко и соавт. Патент РФ на изобретение №2234094 от 10.08.2004).

Результаты: при оценке особенностей психоэмоционального статуса пациентов установлено, что субклинически выраженный тревожно-депрессивный синдром (ТДС) наблюдался у 30,8% обследованных, клинически выраженный - у 15,4%. У 61,6% больных выявлен средний уровень стресса, у 11,5% - высокий. На ухудшение состояния ЭФ в наибольшей степени оказывает выраженность стрессового фактора с достижением достоверных различий между количеством ДЭ (2,78±0,56 кл/мкл при высоком уровне стресса по сравнению с 1,15±0,19 кл/мкл – при низком, $p<0,05$), уровнем нитритов/нитратов (133,77±64,58 ммоль/л по сравнению с 200,41±24,25 ммоль/л, $p<0,05$, соответственно), состоянием вазорегулирующей ЭФ (прирост диаметра ПА -0,9±13,72% по сравнению с 23,43±3,51%, $p<0,05$, соответственно; прирост скорости в ПА 6,67±5,86% по сравнению с 31,86±4,41%, $p<0,05$, соответственно). Наличие клинически выраженного ТДС характеризовалось достоверным увеличением прироста ДЭ при проведении пробы по оценке стадии ЭД (100,9±21,9%) по сравнению с отсутствием подобных психоэмоциональных расстройств (57,55±30,72%, $p<0,05$).

Выводы: высокая распространенность и негативное влияние стресса, тревоги и депрессии на состояние ЭФ у больных ГБ свидетельствует о необходимости разработки комплексных психокоррекционных подходов ведения таких пациентов.

0772 ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА ПРИ КОРОНАРНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ У МУЖЧИН ЯКУТИИ

Романова А.Н., Воеводa М.И., Томская Т.Ю., Федорова А.А.
Якутский научный центр СО РАМН, Якутск, Россия

Масса тела (МТ) – один из наиболее значимых факторов риска развития ишемической болезни сердца (ИБС) наряду с артериальной гипертензией, курением, нарушением толерантности к глюкозе. Вероятность развития и выраженность сердечно-сосудистой патологии нарастает с увеличением индекса массы тела (ИМТ). Общая смертность резко возрастает с увеличением ИМТ более 30 кг/м^2. Ожирение, связанное с центральным накоплением жира, считается одним из важнейших факторов, ассоциирующихся с развитием атеросклероза, и как следствие с развитием инфаркта миокарда и мозгового инсульта.

Целью исследования явилось изучение особенностей избыточной массы тела и ожирения у мужчин с коронарным атеросклерозом (КА) в зависимости от этнической принадлежности.

Материал и методы исследования. В исследование были включены результаты обследования 201 мужчины с верифицированным КА и 206 мужчин без признаков ИБС, представителей якутской и русской по национальности. Средний возраст обследованных составил: 49,7±9,7 лет.

Программа обследования включала следующие обязательные разделы: клинико-анамнестические данные, опрос по анкете Роуза, электрокардиография, селективная коронароангиография, антропометрическое обследование (измерение роста и массы тела). МТ оценивалась на основании вычисления индекса Кетле II, рассчитанного по формуле вес (кг) / рост (м^2).

Результаты исследования. Лиц с нормальной МТ было достоверно больше среди мужчин без ИБС ($p<0,001$). Частота избыточной МТ и ожирения была достоверно выше среди больных в обеих этнических группах по сравнению с лицами без ИБС ($p<0,05$). Средние значения индекса Кетле II у больных с КА были достоверно выше и составили 28,7±0,4 и 30,3±0,5 кг/м^2, чем в группах сравнения - 25,2±0,4 и 26,6±0,5 кг/м^2 соответственно ($p<0,001$). ИТМ был достоверно выше среди мужчин-русских с КА, чем среди якутов с КА (30,3±0,5 и 28,7±0,4 кг/м^2 соответственно, $p<0,05$). Среди больных русской национальности с избыточной МТ индекс Кетле II был достоверно выше по сравнению с больными якутской национальности (28,6±0,2 против 26,9±0,2, $p<0,05$). У больных с ожирением средние значения ИМТ были достоверно выше, чем у лиц без ИБС (33,0±0,5 и 34,2±0,5 против 32,9±0,7 и 33,8±0,8 соответственно, $p<0,05$). Ассоциации ИМТ с возрастом не найдено. В группах больных статистически значимых различий средних значений ИМТ в зависимости от отсутствия или наличия Q-волнового инфаркта миокарда в анамнезе не выявлено.

Выводы. Частота избыточной массы тела и ожирения была выше среди больных с коронарным атеросклерозом, по сравнению с лицами без ИБС. Средние значения индекса Кетле II были выше среди больных ИБС русской национальности.

0773 ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У РАБОТНИКОВ, СВЯЗАННЫХ С ДВИЖЕНИЕМ ПОЕЗДОВ

Романова Н.А.
ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет» Росздрава, Саратов, Россия

Цель: раннее выявление опасных нарушений сердечного ритма и проводимости у нарушений сердечного ритма.

Методы: под наблюдением находилось 213 работников ведущих железнодорожных профессий, обеспечивающих безопасность движения поездов, из них 206 мужчин и 7 женщин трудоспособного возраста. Помимо общеклинических исследований проводились: электрокардиография (ЭКГ), суточное мониторирование ЭКГ (СМЭКГ), велоэргометрия (ВЭМ), допплер-эхокардиография (ДЭхоКГ), при необходимости - стресс-эхокардиография (СЭхоКГ), чреспищеводная электрокардиостимуляция (ЧПЭС).

Результаты. Установлены следующие диагнозы: практически здоров - 50 чел. (23,5%), артериальная гипертензия (АГ) I и II стадии у 70 чел. (32,9%), различные формы ишемической

болезни сердца (ИБС) у 12 чел. (5,6%), ИБС в сочетании с АГ у 36 чел. (16,9%), вегето-сосудистая дистония (ВСД) у26 чел.(12,2%), пролапс митрального клапана (ПМК) у 3 чел. (1,4%), врождённая аномалия развития сердца (синдромы WPW, CLC, миксоматозная дегенерация аортального клапана) у 10 чел. (4,7%), ревматические пороки сердца - РПС (митрально- аортальные) у 4 чел. (1,9%), гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) у 2 чел. (0,9%). При СМЭКГ обнаружена редкая или единичная экстрасистолия у 113 чел. (53,1%): у 24 из 50 практически здоровых лиц, у 36 чел. с АГ I и II стадии, у 6 чел. С ИБС, у 21 чел. с ИБС в сочетании с АГ, у 14 чел. с ВСД, у 3 чел. с синдромом WPW, у 1 с синдромом CLC, у 3 чел. с РПС, у 3 чел. с ПМК и у 2 чел. с ГКМП. Частая суправентрикулярная и желудочковая экстрасистолия выявлена при СМЭКГ у 2 чел. с АГ, у 4 чел. с ИБС, у 5 чел. с ВСД, у 7 чел. с ИБС в сочетании с АГ. У 1 пациента с синдромом WPW на ЭКГ зарегистрирована частая желудочковая экстрасистолия, а при ВЭМ спровоцирована пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия. У 1 больного с ИБС при СМЭКГ установлен короткий пароксизм суправентрикулярной тахикардии. У 1 чел. с РПС при СМЭКГ на фоне редкой экстрасистолии выявлен короткий эпизод пароксизмальной желудочковой тахикардии. У 1 пациента с ИБС в сочетании с АГ при СМЭКГ обнаружен эпизод асистолии в течение 2,9 сек. У 1 чел. с АГ II стадии зарегистрирован эпизод синусовой брадикардии с атриовентрикулярной блокадой (АВБ) I степени, а при ВЭМ выявлена пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия. У 10 чел. с ВСД установлена миграция водителя ритма по предсердиям, у 2 - АВБ I степени на ЭКГ и II (преходящая) при СМЭКГ. У 2 чел. с ИБС обнаружена АВБ I степени, у при СЭхоКГ выявлена стресс-индуцированная преходящая АВБ П 2:1,3:2.

Выводы: у 9,4% обследованных обнаружены опасные нарушения ритма и проводимости, что подтверждает необходимость проведения углублённого обследования работников, обеспечивающих безопасность движения поездов, как одной из мер профилактики нарушений ритма и проводимости.

0774 КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ

Романов В.Ю, Митченко Е.И., Чулаевская И.В., Логвиненко А.А., Беляева Т.В
ННЦ «Институт кардиологии им. акад. Н.Д. Стражеска» АМН Украины, Киев, Украина

Цель. Изучить кардио-метаболические осложнения субклинического гипотиреоза (СГ) у женщин с множественными сердечно-сосудистыми факторами риска.

Методы. Обследовано 52 женщины с синдромом инсулинорезистентности (СИ) согласно критериям АТР III, которые составили 2 клинические группы: 1 гр. – 30 больных (50,2±3,1 лет) с СИ и СГ (тиреотропный гормон (ТТГ) =8,2±2,7 мЕд /мл, свободный Т4=2,8±0,1 нг/мл); 2 гр. – 22 женщины (51,1±2,6 лет) с СИ (ТТГ= 2,1±0,4 мЕд/мл, свободный Т4= 1,9±0,1 нг/мл). Определялись: окружность талии (ОТ), индекс массы тела (ИМТ), эхокардиография, суточный мониторинг артериального давления, уровни ТТГ, свободного Т4, глюкозы, инсулина, лептина и липидов крови. Инсулинорезистентность (ИР) диагностировали при увеличении HOMA-индекса >2,77 усл.ед.

Результаты: пациенты 1 гр. имели достоверно большие проявления абдоминального ожирения (ОТ=102,1±3,4 см) по сравнению со 2 гр. (ОТ=88,2±2,4 см) при том, что показатели ИМТ в обеих группах были сопоставимы (31,1±1,5 и 33,1±1,5 кг/м^2 соответственно).

В 1-й группе отмечались наибольшие проявления гиперлептинемии (34,4±4,7 нг/мл), что значительно превышало норму и может свидетельствовать о формировании лептинорезистентности у пациентов с нарушенной инсулиночувствительностью.

В обеих группах отмечались нормативные значения глюкозы, тогда как повышенные значения HOMA-индекса (3,3±0,4 усл.ед.) и гипертриглицеридемия (2,8±0,2 ммоль/л) были выявлены только в 1—й группе.

Пациенты 1 гр. имели повышенное значение индекса массы левого желудочка (122,9±4,4 г/м2), что свидетельствовало о наличии гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ).

Заключения: манифестация СГ у женщин с СИ ассоциируется с большими проявлениями абдоминального ожирения, формированием лептино- и инсулинорезистентности, гипертриглицеридемией и ГЛЖ.

0775 К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ КОРРЕКЦИИ АТЕРОГЕННЫХ ГЛП СИМГАЛОМ С ЦЕЛЬЮ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИБС

Романчикова А.А., Маль Г.С.
Курский государственный медицинский университет. Курск, Россия

Нарушение липидного обмена – один из наиболее важных факторов риска развития атеросклероза. В настоящее время современная гиполипидемическая терапия – широко распространенный метод вторичной профилактики ИБС и коррекции атеросклероза. Современный арсенал врача включает набор высокоэффективных гиполипидемических препаратов, наиболее часто применяемые - ингибиторы ГМК – КоА редуктазы (статины). Статины являются наиболее распространенными препаратами в лечении ГЛП IIa, IIb, III типов по Фредриксону.

Целью данного исследования является сравнение фармакоэкономической эффективности статинов различных поколений для разработки тактики повышения эффективности вторичной профилактики ИБС.

Для анализа фармакоэкономической эффективности гиполипидемических препаратов было проведено открытое, рандомизированное, сравнительное, краткосрочное исследование. Основной целью стало изучение коэффициентов «цена/эффективность» различных гиполипидемических средств из группы статинов. Для сравнения проведен анализ двух групп препаратов – симвастатина (Симгал; 10 мг/сутки; IVAX, Чехия) и аторвастатина (Липтонорм; 10 мг/сутки; Фармстандарт, Россия).

Наилучшим показателем фармакоэкономической эффективности рассматривалось наименьшее значение «цена/ качество». Поэтому по результатам проведенного исследования изучаемые препараты по разным показателям расположились в порядке убывания их фармакоэкономической эффективности следующим образом: если фармакоэкономическая эффективность Симгала с коэффициентом «цена/% снижения» холестерина (ХС)-7,2 принять за единицу, то фармакоэкономическая эффективность Липтонорма составляет-1,6.

По коэффициенту «цена/%процент повышения» ХС липопротеидов высокой плотности (ЛПВ) изучаемые препараты распределились следующим образом: если за единицу принимаем коэффициент у Симгала, то фармакоэкономическая эффективность Липтонорма - 3,9.

Таким образом можно сделать вывод, что Симгал обеспечивает минимизацию затрат на лечение в 2 раза по сравнению с Липтонормом.

По результатам исследованиям достоверно подтверждено, что Симгал в дозе не менее 20 мг/сутки значительно повышает уровень липопротеидов высокой плотности и аполипопротеидов А-I, чем Липтонорм, что делает его препаратом выбора для вторичной профилактики ИБС при гипоальфахолестеринемии.

0776 ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ ИННОВАЦИОННОГО ПРОЕКТА «ЭФФЕКТИВНАЯ И ДОСТУПНАЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ» В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Романчук С.В., Шутемова Е.А., Плеханов В.Г., Волков И.Е.
ГУЗ «Кардиологический диспансер», Иваново, Россия; ОГУЗ «Областная клиническая больница», Иваново, Россия

Сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место в структуре смертности населения Ивановской области. В целях оптимизации кардиологической помощи в 2006 году Правительством Ивановской области был разработан инновационный проект «Эффективная и доступная кардиологическая помощь». Целью проекта явилось создание высокоэффективной и доступной каждому жителю кардиологической службы. В рамках реализации проекта была организована круглосуточная работа центра кардиохирургии и интервенционной кардиологии и отделения санитарной авиации для доставки «на себя» в сопровождении кардиолога-реаниматолога больных острым коронарным синдромом из районов области в период «терапевтического окна». Чтобы приблизить специализированную помощь к сельскому населению были организованы кардиологические отделения на базе межрайонных центров. Было проведено четкое разделение потоков больных кардиологического профиля, поступающих в различные учреждения здравоохранения города и области, по нозологическим формам и территориальной принадлежности. Внедрение данной схемы при реализации инновационного проекта привело к значительному увеличению в 2007 году по сравнению с 2006 годом количества проводимых экстренных эндоваскулярных вмешательств. В 2006 году было выполнено 83 коронарографии у больных ОКС, в том числе 51 - при остром инфаркте миокарда (ОИМ). В 2007 году по неотложным показаниям было проведено уже 228 коронарографий, из них 162 - при ОИМ. В 2007 году по экстренным показаниям было имплантировано 196 коронарных эндопротезов. Летальность при этом составила 3,9%.

Таким образом, в области была создана единая кардиологическая служба, объединившая организационно работу кардиологов муниципальных и областных учреждений здравоохранения, кардиологических отделений межрайонных центров, станции скорой медицинской помощи и службы экстренной круглосуточной доставки кардиологических больных из районов в областной центр.

0777 ИЗМЕНЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ФАКТОРОВ РИСКА В ЯМАЛЬСКОМ РАЙОНЕ ЗА ПЯТЬ ЛЕТ

Романюк М. А., Попов А. И., Мошкова Е. В.
ГУ НИИ медицинских проблем Крайнего Севера, Надым, Россия

Сердечно-сосудистые заболевания в Ямало-Ненецком автономном округе (ЯНАО) относятся к числу ведущих причин смерти за последнее десятилетие. Хозяйственное освоение новых территорий влечет за собой изменение демографической ситуации и образа жизни населения, влияет на распространенность ИБС и модифицируемых факторов риска (ФР), определяет основную направленность профилактических программ.

Целью исследования явилось изучение динамики в течение 5 лет распространенности ИБС и факторов риска среди взрослого трудоспособного населения в возрасте 20-59 лет в пос. Яр – Сале на двух срезах (2002-2007гг) по единому протоколу. Диагноз ИБС основывался на критериях ВОЗ. К лицам с избыточной массой тела были отнесены лица с индексом Кетле >29,9. В группу пациентов с артериальной гипертензией (АГ) включали лиц в соответствии с рекомендациями ВНОК (2005), нарушения липидного обмена в соответствии с рекомендациями ВНОК (2004). Результаты нашего исследования показали, что распространенность ИБС в общей популяции за пятилетие достоверно снизилась (13,8% против 7,6%, p<0,01), у коренного населения - с 16,8% до 7,2% (p<0,05), у пришлого населения – с 11,1% до 7,8%. Нами отмечено достоверное снижение распространенности АГ в общей популяции (25,0% против 18,1%, p<0,05), у пришлого населения снижение составило с 28,5% до 20,8% (p<0,05), у коренного населения снижение составило с 16,9% до 13,5%. Характеризуя динамику основных факторов риска, можно отметить противоположную динамику в отношении распространенности нарушений липидного обмена: увеличение распространенности ДЛП – с 33,0% до 49,4% (p<0,001). Среди пришлого населения прирост составил 1,3 раза - с 36,0% до 47,4% (p<0,01), среди коренного населения ситуация носит более неблагоприятный характер – прирост распространенности ДЛП составил 2 раза - с 26,0% до 52,3%, (p<0,001). Распространенность курения за пять лет снизилась в общей популяции (31,1% против 18,6%, p<0,001), среди пришлого населения (32,8% против 21,0%, p<0,01) и среди коренного населения (27,1% против 14,3%, p<0,05). Тенденции распространенности НФА неоднородны среди коренного и пришлого населения: среди коренного населения уменьшение распространенности НФА – с 39,0% до 32,0%, в то время как среди пришлого населения отмечается увеличение – с 42,8% до 46,5%. В отношении распространенности ИМТ отмечаются разнонаправленные тенденции: в общей популяции увеличение с 24,4% до 27,3%, среди коренного населения отмечается увеличение распространенности ИМТ в 1,3 раза (17,8% до 23,1%). В популяции пришлого населения отмечается снижение распространенности ИМТ в 1,5 раза (42,2% до 28,5%).

Выводы: В общей популяции населения пос. Яр - Сале отмечается снижение распространенности ИБС, АГ, курения, увеличение распространенности ДЛП и тенденция к увеличению ИМТ и снижению НФА. У аборигенов севера увеличилось количество лиц с ИМТ, а у мигрантов севера - с НФА, что, отражает изменение образа жизни. Увеличение распространенности ДЛП обычно способствует росту осложнений атеросклеротического генеза.

0778 СКОРОСТЬ РАЗВИТИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОГО ЭФФЕКТА ПРИ РАЗНЫХ СТРАТЕГИЯХ НАЧАЛЬНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ТЕЛМИСАРТАНОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Рубанова А.А., Котовская Ю.В., Кобалава Ж..Д.
Российский Университет Дружбы Народов, Москва, Россия

Цель исследования: Изучить значение использования разных режимов назначения АРА II телмисартана (в монотерапии с последующим увеличением дозы или комбинированной терапии с тиазидным диуретиком с возможным переходом на монотерапию) для скорости развития антигипертензивного эффекта с применением самоконтроля АД у больных с ранее нелеченной неосложненной АГ 1-2 степени с метаболическим синдромом.

Материалы и методы: В открытое сравнительное исследование с параллельными группами наблюдения включено 30 пациентов с ранее нелеченной АГ 1-2 степени, с признаками метаболического синдрома (возраст 55±2,7 (M±m), мужчины 12, ИМТ 29,4±1,8 кг/м^2 , ОТ 104±2,2 см, ХС 6,8±1,4 ммоль/л, ТГ 1,9±1,6 ммоль/л, ЛВП 0,8±0,6 ммоль/л, ЛНП 3,8±1,2 ммоль/л, глюкоза 6,6±1,8 ммоль/л). Пациенты получали один из следующих режимов терапии: 1 группа начинала терапию телмисартаном (Т) 80 мг с гидрохлортиазидом 12,5 мг (ГХТ) с последующим переходом к монотерапии Т, 2 группа получала монотерапию Т 40 мг с переходом на 12-ой неделе на комбинированную терапию. На протяжении всего исследования пациенты проводили самоконтроль АД в амбулаторных исследованиях. В исследование не включались пациенты с ассоциированными клиническими состояниями. Значения АД представлены по результатам самоконтроля.

Результаты: Группы пациентов были сопоставимы по уровню клинического АД (1 группа 166,2±8,1/98,4±5,9 мм рт.ст., 2 группа - 168,3±9,5/99,7±6,3 мм рт.ст.) и самоконтроля АД в амбулаторных условиях (1 группа 157,8±6,2/96,3±6,7 мм рт.ст, 2 группа 159,2±7,0/94,2±7,6 мм рт.ст., соответственно). Ответа на антигипертензивную терапию через 4 недели в 1 группе достигли 80 % пациентов, во 2 группе - 71%, через 8 недель 88 и 80%, через 12 недель 92 и 90 %, соответственно. Через 4 недели АД снизилось в 1 группе на 14,8/8,8 мм рт.ст, во 2 группе на 12,3/7,3 мм рт.ст., через 8 недель на 17,9/9,8 мм рт.ст. и 15,8/8,6 мм рт.ст., соответственно. Достигнутый уровень АД через 4 недели составил в 1 группе 138,2±3,6/74±2,2 мм рт.ст., во 2 группе 148,4±4,8/80±3,2 мм рт.ст., через 8 недель 120,4 ±2,2/70±1,2 мм рт.ст. и 128,4±4,2/72±3,1 мм рт.ст., через 12 недель 110,6±4,6/72,4±3,2

мм рт.ст. и 112,2±5,4/70,2±2,2 мм рт.ст., соответственно. На фоне снижения АД синкопальных состояний не регистрировалось.

Заключение: У пациентов с нелеченной АГ 1-2 степени с метаболическим синдромом скорость развития антигипертензивного эффекта, оцененного с использованием самоконтроля АД в амбулаторных условиях, была выше при исходной комбинированной антигипертензивной терапии Т 80 мг/ГХТ 12,5 мг по сравнению со стартовой монотерапией Т 40 мг.

0779 МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА КРЫС ЛИНИИ ВИСТАР ПРИ ОСТРОМ И ХРОНИЧЕСКОМ СТРЕССЕ

Рубанова М.П., Вебер В.Р., Прошина Л.Г., Жмайлова С.В., Губская П.М., Нуржанова Т.М.
Институт медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия

Цель исследования: изучить морфологические изменения в миокарде крыс линии Вистар при остром и хроническом катехоламиновом стрессе.

Материал и методы исследования: Экспериментальное исследование проводилось на крысах-самцах линии Вистар. В первую серию эксперимента вошли животные, которым в течение 2 недель 3 раза в день интраперитонеально вводились большие дозы адреналина из расчета 50 мкг/кг. Крысам второй серии адреналин в той же дозе вводился интраперитонеально однократно. Через 2 часа, после последнего введения препарата при хроническим стрессе и через 2 часа после однократного введения в остром эксперименте проводилась декапитация под эфирным наркозом и забор материала на исследование. Контрольную серию составили крысы, содержавшиеся в обычных условиях без медикаментозных и стрессовых воздействий.

Морфометрия парафиновых срезов, окрашенных по Ван-Гизону, проводилась с помощью сетки Г.Г. Автандилова (1990) в 45 полях зрения в каждом желудочке в каждой серии эксперимента. Оценивалось плотность (в объемных процентах, об.%) кардиомиоцитов, коллагена, сосудов и объема внеклеточного пространства.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты экспериментального исследования показали, что через 2 часа после однократного введения адреналина плотность кардиомиоцитов (в об.%) в левом желудочке (ЛЖ) и правом желудочке (ПЖ) по сравнению с контрольной серией уменьшилась одинаково (на 20,7% и 26,9%, соответственно, p>0,05). Отмечено значительное увеличение плотности коллагена – в 3,3 раза в ЛЖ и в 3 раза в ПЖ по сравнению с контролем. Обращает на себя, что объем внеклеточного пространства и сосудов (в об.%) в ЛЖ не претерпел значительных изменений по сравнению с контрольной серией, тогда как в ПЖ объем внеклеточного пространства увеличился в 2,9 раза. Это можно связать с более выраженным острым отеком миокарда ПЖ, что подтверждает его большую чувствительность.

При двухнедельном введении адреналина в хроническом эксперименте уменьшение плотности кардиомиоцитов в обоих желудочках происходит в той же степени, как и при остром стрессе. Можно полагать, что большая часть кардиомиоцитов повреждается катехоламинами в первые часы. Количество коллагена увеличивается в обоих желудочках в равной степени (в 1,9 раза в ЛЖ и в 2,1 раза в ПЖ). При длительном воздействии адреналина увеличение плотности коллагена, вероятно, связано уже с развитием истинного фиброза миокарда. Объем внеклеточного пространства увеличился в ЛЖ в 1,7 раза, а в ПЖ – в 3,5 раза.

Таким образом, как при остром, так и при хроническом стрессе развиваются выраженные морфологические изменения миокарда, причем более выраженные в ПЖ (более выражены нарушения микроциркуляции, что в дальнейшем, вероятно, будет способствовать прогрессированию фиброза и уменьшения плотности кардиомиоцитов).

0780 ВЛИЯНИЕ ДОФАМИНА НА СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА ПРИ ОСТРОМ И ХРОНИЧЕСКОМ СТРЕССЕ

Рубанова М.П., Вебер В.Р., Прошина Л.Г., Жмайлова С.В., Губская П.М., Сухенко И.А.
Институт медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия

Цель исследования: изучить морфологические изменения в миокарде крыс линии Вистар под влиянием дофамина при однократном и длительном его введении.

Материал и методы исследования: В I серии эксперимента крысам-самцам линии Вистар в течение 2 недель 3 р/сут. интраперитонеально вводился дофамин (10 мкг/кг). Во II серии дофамин в той же дозе вводился однократно. Через 2 часа после последнего введения препарата в хроническом и через 2 часа после однократного введения дофамина в остром эксперименте проводился забор материала на исследование.

Определялась масса миокарда левого желудочка (ЛЖ) и правого желудочка (ПЖ), рассчитывался индекс массы миокарда (ИММ, мг/г) каждого желудочка.

Морфометрия парафиновых срезов, окрашенных по Ван-Гизону, проводилась с помощью сетки Г.Г. Автандилова (1990) в 45 полях зрения в каждом желудочке в каждой серии эксперимента. Оценивалось плотность (в объемных процентах, об.%) кардиомиоцитов, коллагена, сосудов и объема внеклеточного пространства.

Результаты исследования и их обсуждение. Через 2 часа после однократного введения дофамина плотность кардиомиоцитов (об.%) уменьшилась в обоих желудочках, но в большей степени в ЛЖ. Плотность коллагена увеличилась в ЛЖ в 5 раз, в основном за счет токсического отека. В ПЖ плотность коллагена также увеличилась, но только в 2 раза.

Через 2 недели введения дофамина уменьшение плотности кардиомиоцитов и увеличение плотности коллагена в обоих желудочках происходило одинаково. При этом ИММ ПЖ по сравнению с контрольной серией достоверно увеличился, а ИММ ЛЖ не изменился. Плотность сосудов увеличилась в обоих желудочках почти в 2 раза, но объем внеклеточного пространства в ЛЖ уменьшился в 1,5 раза, а в ПЖ увеличился в 1,5 раза.

Таким образом, в остром опыте морфологические изменения миокарда ЛЖ более выражены, но значительные нарушения микроциркуляции в ПЖ, вероятно, будут способствовать дальнейшему ремоделированию ПЖ.

При длительном воздействии дофамина морфологические изменения в миокарде обоих желудочков однотипны, но ИММ ЛЖ практически не изменяется, а ИММ ПЖ значительно увеличивается и, видимо, не только за счет фиброза, но и из-за выраженных нарушений микроциркуляции (увеличение объема внеклеточного пространства в 1,5 раза).

0781 ЦИРКУЛИРУЮЩИЕ КЛЕТКИ-ПРЕДШЕСТВЕННИКИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ИБС

Руда М.М.
ФГУ РКНПК, Москва, Россия

Цель: По современным представлениям, циркулирующие клетки-предшественники (ЦКП) играют важную роль в восстановлении повреждённого сосудистого эндотелия, а также в неоваскуляризации ишемизированных тканей. Целью исследования было изучить, связано ли количество ЦКП с тяжестью клинического течения ишемической болезни сердца (ИБС), с наличием сопутствующего нарушения углеводного обмена (НУО), наличием повреждения миокарда, а также изменяется ли количество ЦКП у больных с острым коронарным синдромом без подъёма сегмента ST (ОКС) за период госпитализации.

Методы: Количество ЦКП определяли методом цитофлюориметрии в потоке у 77 больных 40-69 лет (средний возраст 56±1,4 лет). 27 больных вошло в группу ОКС, включённых в исследова-

ние в течение 24 часов от момента начала симптомов (16 из них – без повышения сердечных тропонинов (cTn–) и 11 – с повышением (cTn+)); 32 пациента – в группу стабильной стенокардии (СС) и 18 лиц с доказанным отсутствием ИБС – в группу контроля. У 18 больных с ОКС количество ЦКП определялось в динамике: в день поступления (1я точка) и при выписке (2я точка).

Результаты: У всех больных с ИБС количество ЦКП было ниже, чем в контроле: на 39% в группе ОКС (p=0,002) и на 18,5% в группе СС (p=0,076). Более того, у больных с ОКС количество ЦКП было ниже, чем в группе СС на 21% (p=0,032). У cTn– больных с ОКС количество ЦКП было ниже, чем в группе контроля (p=0,028) и не отличалось от СС-группы (p=0,251). При этом cTn+ больные имели ещё меньшее количество ЦКП, чем cTn– - на 29% (p=0,041), на 39%, чем СС-группа (p=0,009) и на 52%, чем контрольная (p=0,002). У больных с ОКС к дню выписки (11,4±0,8 дня) по сравнению с днём поступления число ЦКП выросло со 158±15 до 198±25 на 1 млн. лейкоцитов (p=0,078) и практически достигло уровня клеток у больных СС (p=0,443), но оставалось сниженным по сравнению с контрольной группой (p=0,043). У больных со СС с НУО отмечалось достоверное снижение ЦКП по сравнению с группой контроля (p=0,031) и тенденция к снижению по сравнению с той же группой без нарушения углеводного обмена (p=0,081). В группе с ОКС значимого влияния нарушения углеводного обмена на количество ЦКП не выявлено.

Выводы: В периферической крови больных ИБС количество ЦКП снижено. Количество ЦКП прогрессивно снижается в зависимости от формы ИБС: СС > cTn– ОКС > cTn+ ОКС. Количество ЦКП у больных с ОКС имеет тенденцию к увеличению ко дню выписки по сравнению с днём поступления и приближается к таковому у больных со СС. У больных со СС с сопутствующим НУО отмечается более выраженное снижение количества ЦКП, чем без него.

0782 КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ – ШАГ ВПЕРЕД ИЛИ ШАГ НАЗАД?

Руденко А.В., Купчинский А.В., Руденко С.А.
НИССХ им Н.М. Амосова АМН Украины, Киев, Украина

Цель: целью работы является оценить эффективность методики коронарного шунтирования без использования искусственного кровообращения у пациентов с повышенным риском операции.

Методы: Проанализированы результаты 4144 операций коронарного шунтирования без использования искусственного кровообращения, выполненные в НИССХ им Н.М, Амосова с 01.04.2000 года по 01.04.2008 года. Все операции выполнялись с использованием стабилизаторов компрессионного типа “Genzyme” и “Guidant”. Средний возраст пациентов 56,9±7,6 лет, среднее количество шунтов 3,0±1,2; мужчины составили 88,3% (3658), женщины – 11,7% (486).

Результаты: В течение последних 7 лет 98% операций коронарного шунтирования выполнены в НИССХ им Н.М. Амосова без использования искусственного кровообращения – на работающем сердце. Госпитальная летальность при выполнении коронарного шунтирования на работающем сердце составила 0,65%, при этом летальность снизилась с 1,7% в 2000-2002 годах, до 0,65% в 2003-2008 годах. Летальность среди пациентов мужского пола была 0,65%, среди женщин – 0,6%. При ФВ <40% летальность была 0,6%, при ФВ >40% - 0,65%. Наличие диабета сопровождалось летальностью 0,4%, при отсутствии диабета летальность составила 0,7%. Экстренный характер коронарного шунтирования сопровождался летальностью 2,6%, в то время как при плановых операциях летальность была 0,45%.

Выводы: Методика хирургического лечения ИБС без использования искусственного кровообращения (на работающем сердце) позволяет значительно улучшить непосредственные результаты операций и устранить отрицательное влияние таких факторов как низкая фракция выброса, женский пол, сахарный диабет.

0783 ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ АНЕВРИЗМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА – ЭФФЕКТИВНЫЙ ПУТЬ СНИЖЕНИЯ ЛЕТАЛЬНОСТИ

Руденко С.А., Кнышов Г.В., Руденко А.В.
НИССХ им Н.М. Амосова АМН Украины, Киев, Украина

Цель: сравнить эффективность различных методик хирургического лечения аневризм левого желудочка сердца.

Методы: в период с января 1996 года по декабрь 2007 года в отделении хирургии ИБС НИССХ им Н.М. Амосова АМН Украины было выполнено 789 операций по поводу аневризм левого желудочка сердца. Все пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошло 96 пациентов, прооперированных в период 1996-1999 годов с использованием только методики линейной пластики ЛЖ. Вторую группу составили 693 пациента прооперированных в 2000-2007 годах, в данной группе применялся дифференцированный подход в выборе методики пластики ЛЖ. В основу выбора методики хирургической коррекции была положена локализация аневризмы левого желудочка. При локализации аневризмы по передней стенке и верхушке ЛЖ применялась линейная пластика, если аневризма распространялась на межжелудочковую перегородку - предпочтение отдавалось эндовентрикулопластике ЛЖ, в том случае если аневризма поражала еще и заднюю стенку ЛЖ – выполнялась пластика левого желудочка с использованием внутрижелудочковой циркулярной заплаты. Обе группы были сопоставимы по возрасту, полу, факторам риска и функциональному классу. Средний возраст пациентов был 53,4±9,0 лет. Мужчин было 721 (91,4%), женщин - 68(8,6%). При сборе анамнеза гипертоническая болезнь была выявлена у 501 (63,5%) пациента, сахарный диабет – у 65 (8,2%). К 1 функциональному классу за NYHA было отнесено 52 (6,6%) пациентов, к 2 ф.к.– 235 (29,8%), к 3 ф.к. – 460 (58,3%) и 42 (5,3%) - к 4 ф.к.. Стабильная стенокардия выявлена у 727 (92,1%) пациентов, нестабильная стенокардия – у 42 (5,3%), у 20 (2,6%) пациентов стенокардия отсутствовала.

Результаты: среднее количество шунтов на одного пациента в обеих группах было 2,3±1,2. Во второй группе 419 (60,5%) операций выполнено по методике линейной пластики, эндовентрикулопластика выполнена у 181 (26,15) пациентов, 93 (13,4%) операций – с использованием внутрижелудочковой циркулярной заплаты. Послеоперационная ССН II-III степени в первой группе возникала в 64,6% (62), а во второй – в 11,1% (77) случаях. Среднее время пребывания в клиники после операции 15,6±9,0 дней в первой группе и 8,0±3,9 дней во второй группе. Послеоперационная летальность в первой группе составила 10,4% (10), а во второй группе – 2,7% (19), причем после линейной пластики летальность составила 3,6% (15), после эндовентрикулопластики – 1,1% (2), а после операций с использованием внутрижелудочковой циркулярной заплаты – 2,1% (2).

Выводы: использование дифференцированного подхода к выбору методики пластики левого желудочка сердца, в основе которого лежит локализация аневризмы, позволило не только значительно уменьшить случаи развития послеоперационной ССН и сократить время пребывания пациентов в клинике, а также в 3,8 раза снизить послеоперационную летальность.

0784 КОНЦЕПЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА КАК ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

Румбешт В.В., Дюжиков А.А.
Центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии ГУЗ РОКБ, Ростов-на-Дону, Россия

Цели исследования: изучить факторы риска (ФР) развития инфекционного эндокардита (ИЭ).

Методы исследования: Проведено проспективное изучение 113 случаев развития ИЭ за период 2003-2006гг. Диагноз соответствовал критериям Duke. Больные обследовались согласно протоколу стационарного обследования пациентов с ИЭ с исследо-

ванием состояния иммунного статуса, микробиологическими (гемокультуры, отделяемое из носа и зева, интраоперационный материал с идентификацией выделенных микроорганизмов и определением чувствительности к антибиотикам), морфологическими исследованиями. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью лицензионного пакета программ Statistica (версия 6.1, фирмы Stat Soft).

Результаты: Преобладали мужчины (75%). В группу наблюдения вошли пациенты различного возраста - от 9 до 68 лет, средний возраст составил 40,83±1,39 лет. Были выделены две группы ФР: немодифицируемые и модифицируемые. К подгруппе немодифицируемых ФР были отнесены фоновые структурные аномалии сердца, выявленные у пациентов с ИЭ. Так, у 11,3% больных ИЭ развился на фоне протезированных клапанов сердца, в 67% оказался вторичным на фоне структурных аномалий сердца. Среди них превалировали ревматические пороки сердца (45%), пролапс митрального клапана (35%) и врожденные пороки сердца (20%), среди них в 60% выявлялся двустворчатый аортальный клапан. К подгруппе модифицируемых ФР были отнесены: внутривенная наркомания (у 10,6% пациентов); инвазивные вмешательства (12,4%), среди которых лидировали кардиохирургические вмешательства (64%), кесарево сечение (1 случай), экстракция зуба (1 случай); очаги хронической инфекции (36%).В структуре локализаций очагов хронической инфекции лидировали ЛОР-органы (49%) и органы ротовой полости (23%)). При анализе микрофлоры носоглотки всего было выделено 93 штамма микроорганизмов, в 24% случаев – в комбинации, в структуре микроорганизмов преобладали стафилококки (69%), также выделялись стрептококки (7%), энтеробактерии (5%), моракселлы, коринебактерии, нейссерии и неферментирующие микроорганизмы. При анализе микрофлоры зева часто выделялись пяти - и шестикомпонентные комбинации микроорганизмов, нередко отмечалась высокая (>105 -106 КОЕ/мл) степень роста. Большое значение уделялось сопоставлению выявленной микрофлоры и клинической симптоматики, проведению целенаправленных санационных мероприятий на основании чувствительности выделенных микроорганизмов к антибиотикам.

Выводы: ИЭ - инфекционная сердечно-сосудистая патология с модифицируемыми и немодифицируемыми ФР. Уменьшение числа инвазивных вмешательств, санация очагов хронической инфекции в соответствие с результатами оценки их микробного пейзажа и определения чувствительности выделенной микрофлоры к антибиотикам могут способствовать снижению заболеваемости ИЭ у больных со структурными аномалиями сердца. Необходимо создание системы профилактики ИЭ, основанной на концепции ФР.

0785 НИТРОКСИДПРОДУЦИРУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ОСТРОМ ОТРАВЛЕНИИ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ

Руцкина Е.А., Говорин А.В., Соколова Н.А., Бойко Е.В., Татауров Д.Б.
ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Росздрава, Чита, Россия

Известно, что роль «модератора» основных функций эндотелия принадлежит оксиду азота. В настоящее время установлено, что при ряде патологических состояний имеет место не дефицит, а сверхсинтез оксида азота, который в высоких концентрациях является фактором эндогенной интоксикации, играющим важную роль в течение и исходе критических состояний.

Цель: изучить содержание метаболитов оксида азота у больных с острым отравлением уксусной кислотой в динамическом наблюдении.

Материалы и методы: обследовано 36 больных с острым отравлением уксусной кислотой, из них 19 пациентов с отравлением средней степени и 17 пациентов с отравлением тяжелой степени. В контрольную группу вошли здоровые лица в количестве 13 человек. Возраст пострадавших составил 32±6,4 года. Определение концентрации метаболитов оксида азота проводили по методу, предложенному Голиковым П.П. в 2000г. Исследование проводилось на 1-е, 5-е и 10-е сутки заболевания.

Результаты: анализ нитроксипродуцирующей функции эндотелия показал, что в 1-е сутки заболевания у пациентов средней и тяжелой степени отравления содержание нитритов значительно увеличивалось и составило 33,44±0,9 мкм/л и 22,86±1,4 мкм/л, соответственно, что имело высокодостоверные различия по отношению к контролю (17,13±1,1 мкм/л; $p<0,001$), а также при сравнении групп пациентов между собой ($p<0,001$). При определении содержания нитратов выявлено, что в обеих группах пациентов отмечалась высокая концентрация исследуемого показателя (31,81±2,6 мкм/л и 31,19±2,4 мкм/л, соответственно; $p<0,01$), которая практически в 3,5 раза превышала показатели здоровых лиц (9,21±1,03 мкм/л; $p<0,001$). Наибольшее суммарное количество метаболитов оксида азота отмечалось у пациентов с тяжелым отравлением (49,64±2,5 мкм/л), что в 2,4 раза превысило показатель контрольной группы (20,65±1,4 мкм/л; $p<0,001$) и в 1,2 раза показатель группы пациентов с отравлением средней степени (40,66±1,5 мкм/л; $p<0,001$).

При исследовании нитроксидпродуцирующей функции эндотелия на 5-е сутки заболевания установлено, что наибольшее содержание нитритов, нитратов, а также суммарного количества метаболитов оксида азота отмечалось у пациентов со средней степенью отравления (31,73±1,7 мкм/л, 42,48±2,2 мкм/л, 55,79±3,4 мкм/л, соответственно), что различалось с аналогичными у здоровых лиц ($p<0,001$).

На 10-е сутки заболевания отмечено, что в обеих группах пациентов концентрация метаболитов оксида азота продолжала сохраняться повышенной. Так, наиболее высокое содержание вышеуказанных показателей отмечалось у пациентов с тяжелой степенью отравления (31,04±2,2 мкм/л, 21,5±2,0 мкм/л, 36,87±2,8 мкм/л), что имело достоверные различия с контролем ($p<0,001$).

Выводы: у больных с острым отравлением уксусной кислотой выявлена эндотелиальная дисфункция, характеризующаяся усилением нитроксидпродуцирующей функции эндотелия и сохраняющаяся в течение всего периода стационарного наблюдения больных.

0786 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Рыбчинская И.И., Иванов К.М., Овчинникова Т.И., Морозова Е.А.
НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Оренбург ОАО «РЖД», медицинская академия, Оренбург, Россия

Целью исследования являлось выявление особенностей вариабельности сердечного ритма у больных, подвергшихся оперативному лечению по поводу узловых образований щитовидной железы.

Методы и методы. В раннем и отдалённом послеоперационном периодах обследовано 30 женщин (средний возраст 57,4±1,7 лет), которым проведено оперативное вмешательство по поводу узлового зоба. Все больные были разделены на три группы, рандомизированные по возрасту. Первую группу составили 11 пациентов с исходным эутиреоидным фоном. Во второй группе (11 человек) имелся гипотиреоз, обусловленный различной патологией щитовидной железы. Третью группу составили 8 пациентов с послеоперационным гипотиреозом через 2 и более лет после оперативного вмешательства на щитовидной железе. Для оценки периферической вегетативной регуляции использовалась вариабельность сердечного ритма (ВСР) на аппаратно-программном комплексе «Валента». Функциональную способность щитовидной железы оценивали по уровню гормонов щитовидной железы и активности тиреотропного гормона. Статистическая обработка данных проводилась непараметрическими методами.

Результаты. Временной анализ свидетельствовал о наличии выраженного снижения вариабельности сердечного ритма у всех обследуемых пациентов. При спектральном анализе у больных с гипотиреозом выявлено нарушение соотношения симпатических и парасимпатических составляющих спектра за

счёт активации второго её компонента, что выражалось в снижение отношения LF\HF, особенно в группе больных с послеоперационным гипотиреозом. В то время как у пациентов с исходным эутиреоидным фоном вегетативного дисбаланса выявлено не было. Преобладание центрального гуморального влияния достоверно более высокое (p<0,05) отмечалось у больных 1 и 2 группы в ранних сроках после операции на щитовидной железе, по сравнению с группой с отдалёнными последствиями оперативного вмешательства.

Выводы. Оперативное лечение щитовидной железы приводит к снижению вариабельности сердечного ритма и преобладанию гуморально-метаболических воздействий на пейсмекерную активность синусового узла у пациентов в раннем послеоперационном периоде. Для больных с гипотиреозом характерна вегетативная дисфункция, проявляющаяся усилением парасимпатических влияний на регуляцию сердечного ритма.

0787 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИНФОРМАТИВНОСТИ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ ПЭТ С 18F-ФТОРДЕЗОКСИГЛЮКОЗОЙ 11С-БУТИРАТОМ НАТРИЯ В ОЦЕНКЕ ОБРАТИМОСТИ РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ ИБС

Рыжкова Д.В.[1], Богачев М.В.[1], Нифонтов Е.М.[2], Мостова М.И.[1], Павлова В.С.[2]
ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий агентства по оказанию высокотехнологической помощи»[1], Санкт-Петербург, Россия; ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова агентства по оказанию высокотехнологической помощи»[2], Санкт-Петербург, Россия

Цель. Выполнить сравнительный анализ результатов ПЭТ сердца с 11С-бутиратом натрия (11С-БН) и 18F-фтордезоксиглюкозой (18F-ФДГ) для определения жизнеспособности миокарда и прогностической оценки обратимости регионарной систолической дисфункции левого желудочка (ЛЖ) после хирургической реваскуляризации у больных ИБС.

Материал и методы. Нами обследовано 24 пациента с ИБС, которым была выполнена хирургическая реваскуляризация миокарда. Полученные результаты верифицировали данными последующего эхокардиографического наблюдения за восстановлением регионарной сократительной функции в зонах дооперационной диссинергии. Оценку метаболизма дисфункционального миокарда осуществляли с использованием ПЭТ с 18F-ФДГ и 11С-БН. Жизнеспособность миокарда диагностировали на основании величины захвата радиофармацевтического препарата (РФП), выраженной в процентах по отношению к максимальному включению РФП в миокард (≥50% для 18F-ФДГ и ≥63% для 11С-БН).

Результаты. Сравнительная оценка показала, что ПЭТ с 11С-БН уступает 18F-ФДГ по чувствительности (91,2% против 97,9%) и отрицательной прогностической ценности (90,7% против 97,2%). Тем не менее, по показателям специфичности (92,8% против 76%) и положительной прогностической ценности (93,7% против 80%) ПЭТ с 11С-БН существенно превосходила ПЭТ с 18F-ФДГ в предсказании обратимости регионарной левожелудочковой дисфункции после оперативного лечения. Различие по прогностической ценности обоих методов, в большей степени, зависело от характера диссинергии, т.е. от глубины повреждения миокарда. Положительная прогностическая ценность ПЭТ с 18F-ФДГ и 11С-БН для гипокинетичных сегментов была приблизительно одинаковой (94,6% против 92,3%). Наибольшее различие нами было обнаружено в отношении положительной прогностической ценности для а-и дискинетичных сегментов ЛЖ (62,5% против 90,9%).

Вывод. Таким образом, сохранный метаболизм жирных кислот является более надежным прогностическим маркером улучшения регионарной и, соответственно, глобальной сократительной функции ЛЖ после оперативного лечения. Различие положительной прогностической ценности в предсказании восстановления регионарной дисфункции для ПЭТ с 11С-БН и 18F-ФДГ оказалось более заметным для а- и дискинетичных сегментов, чем для сегментов с гипокинезией. С помощью ПЭТ с 18F-ФДГ удается идентифицировать признаки метаболической активности в сегментах с тяжелыми, в том числе необратимыми ишемическими изменениями, когда хирургическая реваскуляризация миокарда не восстанавливает сократительной функции.

0788 ОКСИД АЗОТА В ПАТОГЕНЕЗЕ ВАЗОВАГАЛЬНЫХ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ

Рэдукан А.М., Гросу А.А.
Институт Кардиологии, Кишинёв, Республика Молдова

Цель. Изучение концентрации оксида азота (NO) в крови у больных (б-х) с индуцированными вазовагальными синкопальными состояниями (ВВСС) во время теста с ортостатическим наклоном (тилт-тест).

Материал и методы. В исследование были включены 35 б-х (11женщин и 24 мужчин) в возрасте от 15 до 68 лет, страдающих рецидивирующими ВВСС с характерными клиническими признаками, имевших не менее 2-х документированных приступов потери сознания за последний год. Анамнез, клинико-лабораторное и инструментальное обследование не выявило других причин синкопальных состояний. Контрольную группу составили 10 здоровых лиц идентичные по демографическим признакам с основной группой исследования.

Всем больным проводили тест с ортостатическим наклоном (тилт-тест), который выполнялся в соответствии с общепринятыми рекомендациями Европейского Общества Кардиологов (2004) по следующему протоколу: перед началом исследования больной находился в течение 30 мин на специальном столе для проведения ортостатических проб в горизонтальном положении под мониторингом электрокардиограммы и АД, после чего головной конец стола поднимали на 60°. Тилт-тест продолжали до развития клинически типичного для больного пресинкопального или синкопального состояния, снижения АД и/или ЧСС ≥30% от начальной величины или по истечении 45 мин от начала исследования. Пациентам, у которых обморок не индуцировался при первом обследовании, тилт-тест повторяли с применением аэрозоля нитроглицерина (в дозе 0,4 мг) на 30-й минуте от начала теста. Кровь для исследования NO набирали до начала теста, во время наступления синкопального/пресинкопального состояния или при завершении протокола. Концентрацию NO в крови определяли спектрофотометрическим методом.

Результаты. Из 35 б-х ортостатический тест был положительный у 24 (68%), составившие I группу (12 имели вазодепрессорный тип, 9 смешанный тип и 3 кардиоингибиторный вариант). Во II группу вошли 11 б-х с отрицательным тилт-тестом. Здоровые лица составили III группу.

Выявили повышенную концентрацию NO в крови у б-х I (60,7±3,4 υmol/l) и II (60,3±3,8 υmol/l) групп до начала исследования по сравнению с контрольной группой (48,7±2,4 υmol/l). В конце тилт-теста у б-х I и II групп уровень NO возрос в среднем на 22,3±3,2υmol/l, (p<0.001) и на 21,4±5,6 υmol/l, (p<0.001), соответственно. Рост концентрации NO был незначительно больше в I группе чем во II. Уровень NO в контрольной группе достоверно не изменился (-0,06±0,3υmol/l, p=0.85). Не выявили статистически значимую разницу концентрации NO в крови у б-х с различными вариантами положительного тилт-теста.

Выводы. Выявленное повышение концентрации NO в крови у больных с вазовагальными синкопальными состояниями подтверждает его роль как одного из основных медиаторов предрасполагающий к транзиторной вазодилатации.

0789 РЕЗУЛЬТАТЫ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЭНАЛАПРИЛОМ И КАРВЕДИЛОЛОМ У БОЛЬНЫХ С КАРДИОМЕГАЛИЕЙ НЕКОРОНАРОГЕННОГО ГЕНЕЗА

Рябенко Д.В., Онищенко Е.В., Рей Е.С., Солобюкова Н.А., Коваленко В.Н.
ННЦ «Институт кардиологии им. акад.Н.Д.Стражеско» АМНУ, Киев Украина

Цель исследования: изучить влияние длительной терапии целевыми дозами эналаприла (Э) и карведилола (К) на клинико-функциональные параметры у пациентов с кардиомегалией и ХСН некоронарогенного генеза.

Обследовали 75 больных (28 больных с ДКМП и 53 пациента с хроническим миокардитом) II А-Б стадии ХСН, II-III ФК согласно NYHA, с ФВ левого желудочка 45% и ниже. Диагнозы устанавливали согласно рекомендациям ВОЗ и Европейского общества кардиологов.

Обследование больных проводили с помощью трансторакальной ЭхоКГ: I этап - после стабилизации клинических симптомов; II этап - после достижения суточной дозы К 50 мг (в среднем 51,3±1,2 мг/сут.); III этап - после достижения суточной дозы К 100 мг (в среднем 92,3±1,7 мг/сут.); IV этап - через 4 месяца и более после III этапа. Суточная доза К на IV этапе составляла в среднем (91,5±3,3) мг. Суточные дозы Э на этапах исследования составили: на II этапе - (13,8±0,7) мг; на III этапе - (15,4±0,7) мг; на IV этапе - (18,2±0,6) мг.

Результаты исследования показали, что дозы Э 20 мг/сут. и К 50 и 100 мг/сут. удалось достичь у 95,6% и 80% больных. Длительность достижения II этапа составила (6,5±0,6) месяцев, III этапа - (12,1±1,0) месяцев, IV этапа - (19,5±1,6) мес от начала исследования.

Целевые дозы К и Э хорошо переносились пациентами (в ходе исследования лишь у одного пациента возникла необходимость в снижении дозы К), не приводили к развитию блокад, гипотензии и брадикардии. Уровень систолического артериального давления составлял: на I этапе - (112,1±1,7) мм рт.ст., на II этапе - (116,9±2,5) мм рт.ст., на III этапе - (116,4±2,0) мм рт.ст., на IV этапе - (120,6±2,8) мм рт.ст.. Средние значения ЧСС составили: на I этапе - (80,3±1,6) уд./мин, на II этапе - (71,1±1,8) уд./мин, на III этапе - (70,1±1,7) уд./мин, на IV этапе - (67,9±2,1) уд./мин.

В результате проводимого лечения выявлено:

1. значительное улучшение ФК пациентов: с (2,6±0,1) усл.ед. на I этапе до (1,6±0,1) усл.ед. на II этапе и до (1,2±0,1) усл.ед. на III и IV этапах.

2. снижение индексированного показателя КДО с (125,9±4,3) мл/м^2 на I этапе до (113,0±4,3) на II этапе, до (105,6±6,0) мл/м^2 на III и до (100,4±6,3) мл/м^2 на IV этапах.

3. достоверное увеличение ФВ ЛЖ с (34,3±0,5) % на I этапе до (43,9±1,7), (50,1±1,9) и (50,4±2,0) % на II, III и IV этапах, соответственно.

В тоже время расчеты показали, что у 21,4% пациентов, принимавших К в суточной дозе 100 мг отмечается нормализация индексированного показателя КДО.

Таким образом, дозы К (100 мг/сут.) и Э (20 мг/сут.) при условии медленного титрования хорошо переносятся пациентами и приводят к благоприятным изменениям ФК пациентов, регрессии полости ЛЖ и увеличению его сократительной способности. В результате применения целевых доз К и Э у 21,4% пациентов с кардиомегалией некоронарогенного генеза отмечается нормализация объемов ЛЖ.

0890 ПАТОМОРФОЛОГИЯ МИОЗИН-ИНДУЦИРОВАННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА: ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Рябенко Д.В., Сидорик Л.Л., Гавриш А.С., Бобык В.И., Шульц М.В., Онищенко Е.В.
ННЦ «Институт кардиологии им. акад.Н.Д.Стражеско» АМНУ, Киев, Украина; ИМБиГ НАНУ, Киев, Украина

Цель исследования: изучить интенсивность и особенности развития морфологических признаков иммуновоспалительных реакций в сердечной мышце животных, иммунизированных специфическим белковым антигеном.

Исследовали 45 мышей самцов линии BALB/c в возрасте 12-16 недель, которых иммунизировали подкожным введением полного адъюванта Фрейнда (ПАФ) и миозина, выделенного из вентрикулярных кардиомиоцитов (КМЦ) лиц, умерших от прогрессирующей сердечной недостаточности в результате ДКМП (ДКМП-миозин). Контрольную группу составили мыши такого же возраста, которых иммунизировали только ПАФ. Животных декапитировали под легким эфирным наркозом. Исследование с помощью световой микроскопии проводили через 1, 2, 4, 5 и 6 месяцев от начала эксперимента.

Проведенное исследование показало, что иммунизация ДКМП-миозином приводила к изменению морфологической картины в миокарде животных. Через 1 месяц после иммунизации изменения были незначительными и имели поверхностный характер. Через два месяца в миокарде мышей отмечены единичные очаги фуксинофильной дегенерации и футлярного миоцитолиза, начальная степень периваскулярного склероза и единичные лимфогистиоцитарные инфильтраты. На четвертом - пятом месяцах эксперимента выявлено увеличение количества дилатированных резистивных сосудов, утолщение их стенок и явления плазматической пропитки интрамуральных артерий. В этом сроке наблюдали неравномерность поперечной и продольной исчерченности КМЦ, которые были обусловлены нарушением распределения и лизисом миофибрилл, а также явлениями десинхронизации сократительного цикла. На шестом месяце эксперимента в сердцах животных отмечены значительный рост явлений венозного полнокровия, увеличение количества как дилатированных, так и спазмированных артерий. В околососудистых зонах встречались отдельные мелкие лимфогистиоцитарные инфильтраты с незначительными включениями плазмоцитов или сегментоядерных лейкоцитов. Значительно чаще встречались явления внутриклеточного отека, который сочетался с лизисом контрактильных структур. В отдельных зонах, преимущественно под эндокардом, отмечались крупноочаговые зоны лизиса или «глыбчатого» распада КМЦ с формированием грануляционной ткани в фокусах рассасывания и замещением необратимо поврежденных КМЦ соединительной тканью с образованием звездчатых рубцов, которые имели тенденцию к слиянию между собой.

Выводы. Результаты проведенного экспериментального исследования показали, что ДКМП-миозин является кардиотропним фактором. После иммунизации данным белком в миокарде мышей постепенно развиваются сосудистая реакция с интерстициальным отеком, распространенные дистрофические изменения КМЦ и альтеративные явления диффузного и мелкоочагового кардиосклероза. Все эти изменения указывают на развитие морфологической картины хронического иммуновоспалительного процесса в миокарде иммунизированных животных, пик развития которого наблюдается через шесть месяцев после введения антигена.

0791 СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЙ ПРОГНОЗ

Рябиков А.Н., Малютина С.К., Симонова Г.И., Гафаров В.В., Веревкин Е.Г.
НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Толщина интимо-медиального комплекса сонных артерий является чувствительным маркером раннего атеросклероза и рассматривается в качестве индикатора кардиоваскулярного прогноза.

Цель: изучение прогностического значения утолщения интимо-медиального комплекса и атеросклеротических бляшек сонных артерий в когортном исследовании.

Методы: Обследована репрезентативная популяционная выборка (n=372, 35-54 лет) мужчин с применением ультразвукового сканирования сонных артерий высокого разрешения (7,5-10,0 MHz) и эпидемиологических методов. Когорту прос-

пективно наблюдали в среднем 10,0 лет. Регистрировали инфаркт миокарда (ИМ), мозговой инсульт (МИ), смерть от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и от всех причин. Для анализа использовали возрастно-стандартизованные и мультивариантные модели пропорционального риска (Cox-регрессию).

Результаты: Критерием атеросклеротического поражения стенки (АКА) считали утолщение интимо-медиального комплекса общих сонных артерий (ТИМК≥0.9 мм) и/или наличие множественных каротидных бляшек. Наличие АКА увеличивало 10-летний относительный риск развития ИМ более чем в три раза (RR=3,4; 95%CI: 1,0-11,8; p=0,039), и риск смерти от всех причин - в шесть раз (RR=6,3; 95%CI: 2,9-14,0; p<0,001); показатели стандартизованы по возрасту. Наличие бляшек как отдельный феномен у мужчин без предшествующих ССЗ ассоциировалось с риском новых случаев ИМ (RR=3,5; 95%CI: 1,0-12,56; p=0,036), смерти от ССЗ (RR=6,0; 95%CI: 1,43-24,96; p=0,005) и от всех причин (RR=7,5; 95%CI: 3,62-15,65; p<0.001) при стандартизации по возрасту. После стандартизации по конвенционным факторам, показатели относительного риска у лиц с АКА составили 1,7 (95%CI: 0,31-9,22) для инфаркта миокарда и 2,0 (95%CI: 0,81-4,75) для общей смертности, не достигая статистической значимости.

Выводы: Наличие атеросклеротических бляшек и утолщения интимо-медиального комплекса сонных артерий имеют сильную ассоциацию с риском сердечно-сосудистых событий и смертности. В обследованной мужской когорте эти эксцесс-риски могут быть преимущественно объяснены вкладом кластера факторов риска ССЗ, аккумулированных у лиц с атеросклеротическим поражением стенки сонных артерий.

0792 ВЛИЯНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СТРЕПТОКИНАЗОЙ 750 000 ЕД И МЕТОДА УСИЛЕННОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРАПУЛЬСАЦИИ НА РАННИЙ ПЕРИОД ОСТРОГО ПЕРВИЧНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Рябов В.В., Марков В.А., Васильев А.Г.
ГУ ТНЦ СО РАМН НИИ КАРДИОЛОГИИ, Томск, Россия

Цель: оценить влияние тромболитической терапии стрептокиназой за 10 минут в дозе 750 000 ЕД и усиленной наружной контрапульсации, а также эффективность и безопасность этих методик у больных с острый инфаркт миокарда с элевацией сегмента ST.

Методы исследования: объект исследования - 16 человек с острым инфарктом миокарда с элевацией сегмента ST в первые 12 часов от его начала, больные рандомизированы на 2 группы. В 1-й группе - 8 больным выполнен 30-минутный сеанс УНКП в сочетании с ТЛТ стрептокиназой 750 тысяч ЕД за 10 минут. Больные 2-й группы - 8 человек получили лечение только ТЛТ по той же методике. В течение 180 минут оценивали косвенные признаки реперфузии инфарктсвязанной артерии (ИСКА). В случае их отсутствия выполняли спасительную ангиопластику и стентирование ИСКА. Пациенты обеих групп получали стандартную терапию дезагрегантами, антикоагулянтами и антиангинальными препаратами. В обеих группах выполняли отсроченную ангиопластику и стентирование ИСКА, в случае если интервенционное вмешательство не выполняли экстренно. У пациентов обеих групп оценивали клинико-демографические показатели, ранние и поздние осложнения STEMI, неблагоприятные сердечные события MACE, большие и малые кровотечения. Оценивали частоту гипотоний, реперфузионные нарушения ритма и проводимости и степень их тяжести, побочные эффекты УНКП (мацерация, гематомы).

Полученные результаты: обе группы пациентов сопоставимы по клинико-демографическим показателям. Средний возраст пациентов 1-ой группы 57±5,34 лет, во 2-ой группе 53,8±7,62 лет. Реперфузия ИСКА в 1-ой группе достигнута во всех случаях, среднее время реперфузии ИСКА 28,12±9,61 минут, во 2-ой группе 99,16±35,83 минуты (p=0,0001), она достигнута у 6 пациентов. У 2 пациентов косвенные признаки реперфузии получены не были. Летальные исходы в 1-ой группе не наблюдались, у одной пациентки во 2-ой группе развился фатальный геморрагический инсульт. Гипотонические реакции во время ТЛТ в 1-ой группе в 25% требовали инфузионной коррекции, во 2-ой группе они требовали коррекции в 37,5%. Проведение спасительной ангиопластики потребовалось только у 12,5% пациентов контрольной группы. Рецидивы инфарктов миокарда наблюдались только в контрольной группе в 12,5% случаев. Развитие гематом фиксировалось у 25% в исследуемой группе и в 50% в контрольной. Желудочковая тахикардия наблюдалась в равном проценте случаев – 12,5% в обеих группах, случаев фибрилляции желудочков во время ТЛТ не наблюдалось ни в одной группе. Признаков мацерации и повреждения кожи в группе с УНКП не наблюдалось.

Выводы: УНКП эффективная и безопасная процедура, позволяющая ускорить время наступления реперфузии ИСКА в сочетании с ТЛТ что, скорее всего, приведет к инфарктограничивающему эффекту и уменьшению частоты сердечной недостаточности, что необходимо подтвердить в исследованиях большей выборки.

0793 БЕЗОПАСНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УСИЛЕННОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРАПУЛЬСАЦИИ ПРИ ОСТРОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Рябов В.В., Оюнаров Э.О., Марков В.А, Карпов Р.С.
ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель. Оценить безопасность и эффективность усиленной наружной контрапульсации (УНКП) при остром рецидивирующем инфаркте миокарда.

Материал и методы. Обследовано 6 больных с острым рецидивирующим инфарктом миокарда, в возрасте от 50 до 74 лет. Данным больным, по причине не подходящей коронарной анатомии для баллонной ангиопластики и очень высокого риска кардиохирургического вмешательства было невозможно применить тот или иной метод реваскуляризации. Пациенты получали антиангинальные препараты, статины, дезагреганты, антикоагулянты. Процедуру УНКП выполняли после подписания информированного согласия, на аппаратуре, состоящей из воздушного компрессора, мониторингового блока, трёх пар пневматических манжет и процедурной кушетки (модель TS3, Vasomedical, Вестбери, Нью-Йорк).

Лечение УНКП продолжали до выписки больного из стационара. Первые 7 дней после ИМ продолжительность процедуры составляла 30 минут в сутки, затем по 60 минут. Давление, создаваемое в манжетах, составило 260-280 mmHg. Оценивали клинико-демографические параметры, безопасность и переносимость наружной контрапульсации. Эффективность оценивали по признакам стабилизации симптомов коронарной недостаточности, динамики симптомов острой сердечной недостаточности, госпитальной летальности.

Результаты. Выявлена хорошая переносимость лечения. Среди побочных эффектов следует отметить кратковременные эпизоды симптомов ишемии нижних конечностей во время сеансов, которые не требовали отмены терапии. Стабилизация состояния достигнута у 5 больных к 20-му сеансу контрапульсации, что проявлялось: уменьшением симптомов стенокардии, сердечной недостаточности, снижением потребности в нитроглицерине, уменьшением количества вызовов дежурного персонала. После стабилизации состояния двум пациентам выполнена хирургическая реваскуляризация. Один больной умер в раннем послеоперационном периоде. Выписано 5 пациентов. У этих больных к концу лечения нестабильности ИБС и прогрессирования ХСН не было.

Выводы. Таким образом, применение усиленной наружной контрапульсации у этой тяжелой группы больных безопасно. Однако для оценки эффективности проводимого лечения, необходимо проведение дальнейших контролируемых исследований.

0794 ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМБУЛАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Рямзина И.Н., Аронов Д.М., Красницкий В.Б., Суханов С.Г., Наумов С.А., Меркушева А.Р., Воронина Н.В., Епихина С.В.
ФГУ «ГНИЦ ПМ», Москва, Россия; ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А.Вагнера Росздрава, ГУЗ ПККБ № 2 «Институт сердца», городской диагностический центр, Пермь, Россия

Цель исследования – оценить динамику клинико-функционального и психологического состояния больных, подвергшихся операции коронарного шунтирования (КШ), в процессе амбулаторной реабилитации.

Методы: Под наблюдением находятся 52 больных ИБС после КШ. Обследовано 26 пациентов, средний возраст 55,14±5,38 лет, 13 (50%) из них перенесли инфаркт миокарда. До операции функциональный класс стенокардии - 2,3±0,48. КШ произведено с наложением от 1 до 6 шунтов (в среднем 3,5±1,64). В среднем время операции составило 133,13±41,74 мин, а время искусственного кровообращения – 57,11±32,44 мин. На амбулаторном этапе реабилитации пациенты приняли участие в программе физических тренировок с использованием велотренажеров, разработанной в ГНИЦ ПМ (Д.М.Аронов, В.Б.Красницкий). Все больные после коронарного шунтирования получали медикаментозное лечение в соответствии со стандартом ведения: β-блокаторы, ИАПФ, аспирин, статины. С пациентами проводились занятия в Школе для больных ИБС, перенесших операцию коронарного шунтирования. Обследование до КШ и через 1 год после операции включало велоэргометрию (ВЭМ), ЭхоКГ, анкетирование больных с целью оценки физической активности, психологического статуса, качества жизни в динамике.

Результаты: В течение 1 года после КШ случаев возврата стенокардии у обследованных пациентов не наблюдалось. В процессе реабилитации отмечено повышение физической активности согласно анкетированию больных (в среднем с 71 до 81 балла) и по данным нагрузочного теста. Пороговая мощность нагрузки по данным ВЭМ через 6 мес и 1 год составила 101,13±18,65 вт и 118,18±14,01 вт соответственно. Отмечено улучшение структурно-функционального состояния миокарда левого желудочка: тенденция к уменьшению конечно-систолического и конечно-диастолического объемов, достоверное увеличение ФВ ЛЖ с 56,38±8,92% до 64,33±7,2%. До оперативного лечения тревожно-депрессивные состояния (по шкале HADS) были обнаружены у 6 (23%) пациентов: у 3-х клинически выраженная депрессия, тревожность у 1 пациента - клинически выраженная и у 2-х - с субклиническими проявлениями. Через 1 год после КШ у обследованных тревожно-депрессивных состояний не выявлено, что, по-видимому, сопряжено с улучшением общего клинико-функционального статуса больных после адекватной хирургической коррекции. Подтверждено закономерное улучшение качества жизни: с 4,6±3,04 до 5,2±2,58 баллов.

Выводы: Результаты нашего исследования демонстрируют достаточно высокую эффективность амбулаторной реабилитации больных ИБС, перенесших операцию КШ. Улучшение функционального статуса пациентов проявляется в отсутствии стенокардии, повышении толерантности к нагрузке и сократительной способности миокарда, а также в исчезновении тревожно-депрессивных состояний и улучшении качества жизни в отдаленном периоде после оперативного вмешательства.

0795 ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С НОРМАЛЬНЫМИ ИЛИ МАЛОИЗМЕНЕННЫМИ КОРОНАРОГРАММАМИ

Савельева Г.Г., Павлова Т.В., Лапшина Н.В.
Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия; Областной клинический кардиологический диспансер, Самара, Россия

Коронарография является «золотым стандартом» в диагностике ишемической болезни сердца (ИБС) и определении показаний к реконструктивному лечению. Однако ее данные не всегда коррелирует с клиникой и результатами неинвазивных методов диагностики.

Цель: изучить и сопоставить клинические данные у больных стенокардией с коронарограммами без гемодинамически значимых стенозов.

Материал и методы: В исследование был включен 61 больной с нормальными или малоизмененными коронарными артериями (КА), что составило 12,7% из 486 обследованных больных. Выделено 3 группы: 33 больных (54,1%) с нормальными КА; 19 (31,1%) – с различными анатомо-морфологическими находками; 9 (14,8%) – с гемодинамически незначимым стенозом одной КА (до 25-30%). Мужчин было – 42 (69%), женщин – 19 (31%), средний возраст больных составил 51,7±4,2года. Оценивались: клинические проявления болезни, в том числе качество жизни на основании опросника по стенокардии, толерантность к физической нагрузке по результатам ВЭП, данные ЭхоКГ и холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМ), липидный профиль, коронарограммы. Длительность наблюдения составила один год.

Результаты: За период наблюдения в первой группе инфаркт миокарда без Q развился у 5 больных (15%). ВЭП и ХМ подтвердили ИБС в первой группе у 6,4% больных при высокой и средней толерантности к физической нагрузке (720 кг/м-900 кг/м). В двух других группах инфаркт миокарда без Q выявлен у 5 из 19 (26,3%), у 2 из 9 (22,2%). В этих же группах подтверждение ишемии встречалось чаще, чем в 1-ой группе, соответственно подтверждено ВЭП и ХМ во 2-ой группе – 36,7%, в 3-ей – 88,8%. Липидный профиль в основном был изменен за счет снижения липидов высокой плотности и повышения липидов низкой плотности, что наблюдалось в основном в 1 и 3 группе, и было отмечено у 82,4% больных.

Изучение клинических особенностей больных показало закономерность: у больных первой группы выявлялся полиморфизм заболевания: артериальная гипертензия (АГ) – у 66,8%, остеохондроз у 48,9%, язвенная болезнь желудка и гастродуодениты – у 31,4%. Следует заметить, что в данной группе качество жизни было высоким у 89,2% - оно составило 9-11 баллов, кроме тех больных (10,8% - 30 баллов), у которых был выражен тревожный синдром. В двух других группах больных атипичная стенокардия наблюдалась чаще, чем типичная, но количество сопутствующих заболеваний было меньше, чем в 1-ой группе и составило 43,6%. По данным анкетирования у 52,3% больных качество жизни оценивалось как удовлетворительное, у остальных качество жизни было высоким.

Выводы: 1.Сердечно-сосудистое событие – инфаркт миокарда развивался во всех трех группах, но чаще всего у больных с врожденными анатомо-морфологическими находками и гемодинамически незначимым стенозом КА, что указывает на необходимость расширения показаний к коронарографии.

2. Патогенетическими механизмами развития ИБС у наблюдаемых больных, вероятнее всего, были спазм КА и артериальный тромбоз.

0796 ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Савилова В.В., Кондратьев А.И., Стоцкий А.О.
МУЗ ГК БСМП №1, Омск, Россия

Цель работы: Изучение современного состояния терминальных и критических состояний при ОКС.

Материал и методы: Нами был проведен ретроспективный анализ историй болезни 201 пациента, умерших в кардиологическом отделении без интервенционных технологий (с результатами патологоанатомических вскрытий). Средний возраст умерших составил 68,7±5,7 лет. Статистическая обработка проведена в программном пакете Statistica-6.0. Использованы непарный t-критерий, уровень достоверности считали достаточным при $p<0,05$, факторный анализ методом «каменистой осыпи».

Результаты и обсуждение: Выявлено преобладание удельного веса женщин с тяжелым течением ОКС, увеличением возраста умерших, доминированием Q-ОИМ среди мужчин, особенно частым наличием среди фоновой и предрасполагающей патологии артериальной гипертонии и сахарного диабета 2 типа, в том числе – их коморбидности. Терапия статинами среди всех возрастных групп составила 0,4%. Среди факторов риска у мужчин преобладали: курение, артериальная гипертензия, у женщин - ожирение, сахарный диабет и артериальная гипертензия. Эффективное лечение на амбулаторном этапе не получали более 90% пациентов Ведущей причиной смерти среди осложнений инфаркта миокарда являлись отек легких в сочетании с кардиогенным шоком, что закономерно, учитывая увеличение числа повторных ОИМ и возраст умерших (78,3% - умершие старше 60 лет). Важнейшим аспектом современного неблагоприятного течения ОИМ считаем резко возросшее количество разрывов миокарда, в том числе – ранее казуистических случаях рубтур задней стенки левого желудочка, особенно в возрастной категории 70 лет и старше. Нельзя не подчеркнуть, что значительное увеличение количества умерших до суток состоялось за счет пожилых пациентов имеющих фоновый сахарный диабет, артериальную гипертензию. В основном за счет позднего обращения или очень длительного стажа заболевания удельный вес умерших в первые сутки поступления в кардиологическое отделение составлял около половины (с преобладанием мужчин). За медицинской помощью при остром инфаркте миокарда своевременно в течение первых суток чаще обращались женщины. Среди умерших до суток среди всех погибших от острого инфаркта миокарда мужчины составили 56%, что в определенной мере говорит о меньшей информированности и заинтересованности в собственном здоровье среди мужского населения.

Выводы: Вероятными предикторами неблагоприятных исходов при остром инфаркте миокарда для мужчин является возраст 60 лет и старше, для женщин - 70 лет и старше. Среди факторов неблагоприятного риска у мужчин по значимости доминирует курение и артериальная гипертензия; у женщин - ожирение, артериальная гипертензия и сахарный диабет. При первичном инфаркте миокарда более существенно циркулярное поражение левого желудочка, при повторном - инфаркты миокарда передней локализации.

0797 «РАБОЧИЙ СТРЕСС» И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНИКОВ, РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА)

Савицкая Е. Ю., Куделькина Н. А., Малютина С. К.
ГУ НИИ терапии СО РАМН, НУЗ Дорожная клиническая больница, Новосибирск, Россия

Цель. Изучить распространённость артериальной гипертензии (АГ) и её ассоциации с показателями «рабочего стресса» среди профессии железнодорожников - машинистов локомотивов.

Методы исследования. Одномоментное выборочное эпидемиологическое исследование 650 мужчин - машинистов локомотивного депо ст. Новосибирск (70% выборка) в возрасте 20 – 64 лет. Стандартное измерение АД (троекратно после 10 - минутного отдыха); липиды крови, ЭКГ, эхокардиография, глазное дно, анализ мочи (протеинурия), креатинин крови. Критерии диагностики АГ: САД =>140, ДАД =>90 мм рт.ст. (ВОЗ, МОАГ, 1999). Оптимальное нормальное: САД <120, ДАД <80; нормальное: САД 120-130, ДАД 80-85; высокое нормальное: САД 130-139, ДАД- 85-89 мм рт.ст.

Оценку психосоциальных рабочих факторов проводили с помощью стандартных опросников. В баллах рассчитывалась шкала индекса «усиление – награда» (ER), и на её основании выделено две категории: ER<=1 и ER>=1 (наличие дисбаланса). Шкала показателя «рабочий контроль» (JC) также рассчитывалась в баллах, от 0 (низкий уровень контроля) до 18 (высокий уровень контроля); выделяли подгруппы по квартилям распределения индекса ER и JC .

Результаты. Частота АГ у обследованных машинистов составила 50,2%. Среди «гипертензивных» лиц 92,4% были осведомлены о наличии у них АГ, 85%- получали гипотензивное лечение, но только 10% из «гипертоников» контролировали уровень АД. Уровни среднего САД и ДАД, частота АГ в группах с наличием и отсутствием дисбаланса по индексу ER существенно не различались. Однако, в группе «гипертензивных» лиц уровень САД увеличивался во 2-4 квартилях распределения индекса ER от 139,4 в 1 квартиле до 141,0–143,1 4 мм рт.ст. во 2-4 квартилях. Частота АГ была максимальной (100%) в группе наиболее низкого рабочего контроля (JC) и снижалась по 2-4 квартилям до 56–43% (p1-3=0,053). Этот прирост среди лиц с низким контролем сохранялся при стандартизации по другим факторам: возраст, индекс Кетле, уровень физической нагрузки, курение (p1-3=0,038), но нивелировался при дополнительном учёте гипотензивного лечения. Среди машинистов оптимальное и нормальное АД зарегистрировано в 28% случаев, высокое нормальное в 22%. Обращает на себя внимание, что у респондентов с высоким нормальным АД в 18% случаев выявлены изменения артерий сетчатки (ангиопатия) и в 6% случаев – ГЛЖ.

Заключение. В исследуемой популяции железнодорожников высока распространённость АГ. Поражение органов-мишеней обнаруживается уже при высоком нормальном АД. При высоких показателях осведомлённости и гипотензивного лечения контроль АД остаётся неудовлетворительным. Частота АГ достоверно ассоциируется с показателями «рабочего стресса». Результаты исследования указывают на необходимость проведения активной первичной профилактики АГ среди машинистов локомотивных бригад.

0798 МОДИФИЦИРОВАННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ НАСЕЛЕННЫХ ПУНКТОВ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ГРУПП САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Садреева Д.С., Крюков Н.Н.
«ГОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет», Самара, Россия

Цель исследования. Изучить особенности факторов риска и влияние их на оценку качества жизни (КЖ) больных, страдающих АГ, проживающих в различных населенных пунктах Самарской области, выполняющих различную профессиональную деятельность.

Материалы и методы. В исследование участвовало 636 пациентов АГ, I и II степени, в возрасте 27-76 лет, которые составили 4 группы, 2 из которых выделены по профессиональной деятельности. 1 группа – труженики села - 253 пациента из 26 сел области; 2 группа - работники Куйбышевской железной дороги (КЖД) - 56 стационарных больных ДКБ ст. Самара; 3 группа - 73 больных Самарского областного клинического кардиодиспансера; 4 группа - 254 пациента ГП № 6 г. Самары. Пациенты 2, 3, 4 групп исследовались до и после проведения обучающей программы по профилактике АГ. Социологическое исследование включало: общие сведения о пациентах; информированность о факторах, влияющих на АД; сведения о лечение АГ. Оценка КЖ проводилась по опроснику SF–36.

Результаты исследования. В 1 группе дефицит знаний по вопросам факторов риска отмечен у 94%. На чрезмерное употребление соли, жиров и углеводов в пищевом рационе указали 41% пациентов; 37%-страдают ожирением; 2/3 опрошенных употребляют 1 раз в неделю алкоголь, каждый 2 житель выкуривает более 15 сигарет в день; 89% не имеют тонометров и не умеют измерять АД; проводят контроль АД «по самочувствию» 21%; придерживаются рекомендаций врача 19%; о существовании обучающих программ знают 7% респондентов. Исследование КЖ данной группы выявило низкие показатели жизненной активности, ролевого социального и эмоционального функционирования, низкую мотивацию на профилактику АГ. На начальном этапе исследования показатели в 2, 3 и 4 группах достоверно не различались, соответствовали картине в 1 группе. Данные пациенты получали адекватную гипотензивную терапию, прошли

обучающие программы АГ в поликлинике, стационаре и ДКБ ст. Самара. После занятий больные стали: более информированы о своем заболевании и факторах риска его развития (100%); приобрели тонометры, регулярно контролируют АД (92%), соблюдают график приема лекарств (84%);знают особенности диеты при АГ (92%);следят за массой тела (84%);большинство признали необходимость отказаться от вредных привычек. Пациенты 2 группы ежегодно проходят медицинский осмотр, диспансеризацию, получает качественную медицинскую помощь, участвуют в обучающих программах АГ. У них улучшились показатели жизненной активности, ролевого социального и эмоционального функционирования ($p<0,05$), повысилась работоспособность; они мотивированы на профилактику АГ.

Выводы. Обучающие программы по АГ подтвердили свою эффективность в городских, специализированных и ведомственных ЛПУ. Для жителей села с цель улучшения качества медицинской помощи, усиления роли самого пациента в управлении своим заболеванием, мотивации его к предупреждению факторов риска – целесообразно активное внедрение различных обучающих программ по профилактике АГ.

0799 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Садыкова А.Р., Гизятуллова Р.И., Синха Ч.
Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Цель исследования – изучить распределение видов ремоделирования левого желудочка (РЛЖ) у женщин климактерического периода с артериальной гипертензией.

Материал и методы исследования. Обследовано 77 пациенток с артериальной гипертензией (АГ) в возрасте 51,1±3,9 л, распределенных на группы по уровню артериального давления (АД) согласно рекомендациям ВНОК (2004), 18 пациенток с высоким нормальным АД (ВНАД) в возрасте 51,7±4,2л и 11 женщин с нормальным артериальным давлением (нАД) в возрасте 50,4±3,7 л. Эхокардиографическое исследование проведено на ультразвуковом сканере “SIM5000 Plus”; индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) вычислялся как соотношение массы миокарда левого желудочка к площади тела, виды РЛЖ определялись согласно A.Ganau et al. (1992). Статистический анализ проводился с использованием параметрических и непараметрических методов. Достоверность различий (p) в сравниваемых группах определялась с помощью критериев χ^2 и t Стьюдента.

Результаты. Была выявлена умеренная корреляционная связь между уровнями АД и толщиной задней стенки левого желудочка ($r=0,56$ и $r1=0,62$ для систолического и диастолического АД соответственно). У пациенток с АГ по сравнению с женщинами с нАД, 57% имели гипертрофию левого желудочка (ИММЛЖ>110 г/м^2) и ее представительство росло пропорционально росту АД (32% - 53% - 72% соответственно в группах пациенток с I, II и III степенями АГ), так же, как и представительство наиболее серьезного в прогностическом отношении вида РЛЖ – концентрической гипертрофии (21% - 21,5% - 44% в группах пациенток с I, II и III степенями АГ соответственно), который достоверно коррелировал с наличием гестационной гипертензии в анамнезе и абдоминальным ожирением. Уже в группе женщин с ВНАД были выявлены пациентки с концентрическим ремоделированием левого желудочка, составившие 17% группы.

Выводы. Наличие РЛЖ и, особенно, концентрической гипертрофии левого желудочка, у женщин климактерического периода с артериальной гипертензией является неблагоприятным вкладом в индивидуальный прогноз.

0800 УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ АНГИОПАТИИ У ЖЕНЩИН

Садыкова А.Р., Тимофеева Е.В., Маврина О.С., Шарафисламова С.И., Яичникова М.Н.
Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Цель исследования: выявить различия в показателях, отражающих упруго-эластические свойства в артериях мышечно-эластического и мышечного типов у женщин с артериальной гипертонией (АГ) репродуктивного (Р) и климактерического (К) периодов.

Материал и методы исследования. Обследовано 10 женщин с нормальным артериальным давлением (АД) и 58 женщин с АГ, распределенных на группы по уровню АД согласно классификации ВНОК (2004) в возрасте от 37 до 59 лет (средний возраст 46,2±6,1 лет), разбитые на подгруппы Р (41,5±3,0 лет) и К (51,5±3,9 лет). Дуплексное ультразвуковое исследование общих сонных (ОСА) и бедренных (БА) артерий было проведено на ультразвуковом сканере “Hewlett-Packard”. Определялись: индекс резистивности (RI), пульсационный индекс Гослинга (PI) и систоло-диастолический показатель – индекс Стюарта (R), индекс ускорения потока (ИУП). Статистический анализ проводился с использованием параметрических и непараметрических методов. Достоверность различий (p) в сравниваемых группах определялась с помощью критериев $\chi 2$ и t Стьюдента.

Результаты. Отмечался рост индекса резистивности и индекса Стюарта с ростом АД, более значительный у женщин климактерического периода, более выраженный в сонных артериях, чем в бедренных. Отмечалось повышение показателей PI и ИУП с ростом АД, одинаковое в обеих возрастных группах и обоих сосудах ($p>0,05$). Изменения упруго-эластических свойств артерий при АГ у женщин выявлялись раньше в сонных артериях, они были более значительными и зависели от уровня АД. В исследуемой популяции у 11,7% пациенток (у пациенток с АГ - 13,4%) были обнаружены атеросклеротические бляшки, у 26,4 % (у 20% женщин с нормальным АД и у 26,8% пациенток с АГ) имелся S-образный ход ОСА.

Выводы. Изменения упруго-эластических свойств артериальной стенки при АГ у женщин возникают в артериях как мышечно-эластического, так и мышечного типов. В большей степени и раньше жесткость сосудистой стенки возрастает в артериях мышечно-эластического типа. У женщин в климактерическом периоде эти изменения выявляются при более низких уровнях АД.

0801 КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА РОЛИ С–РЕАКТИВНОГО БЕЛКА, ТРАДИЦИОННЫХ И СПЕЦИФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА В РАЗВИТИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Саидов Ё.У., Халилова Д.А.
Таджикский госмедуниверситет, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: изучение роли С-реактивного белка (СРБ), традиционных и специфических (связанные с заболеванием) факторов риска (ФР) в раннем развитии атеросклероза (АС) у больных ревматоидным артритом (РА).

Методы исследования: обследовано 38 больных с достоверным ревматоидным артритом (РА), по критериям АКР (1987), в возрасте от 20 до 56 лет (средний возраст – 42±3 года). Среди обследованных больных были 29 женщин и 10 мужчин. Большинство больных (34) были серопозитивны по ревматоидному фактору, имели высокую активность (по DAS28-disease activity score) и 2-3 рентгенологические стадии РА. Средняя продолжительность РА составило 8,2±1,6 года. У 36 обследованных имелись различные системные проявления РА. Клинические проявления кардиоваскулярных заболеваний – КВЗ имели место у 10 пациентов (инсульт- у 1, стенокардия- у 9, из них у 3 развился инфаркт миокарда - ИМ). Контрольную группу составили 40 здоровых человек (30 женщины и 8 мужчин), не имеющих ревматических заболеваний, средний возраст 53,6 года (34-58 лет).

У всех пациентов основной и контрольной групп анализировали традиционные ФР АС. Ишемическую болезнь сердца (ИБС) устанавливали по наличию ИМ в анамнезе, на основании типичной клинической картины стенокардии и положительных результатов нагрузочных тестов. У больных РА оценивали специфические (связанные с РА) ФР АС: длительность течения и активность заболевания, индекс тяжести РА, наличие системных проявлений, терапия глюкокортикоидами. Концентрацию СРБ определяли высокочувствительным методом латекс-агглютинации.

Полученные результаты: несмотря на молодой возраст больных в основной группе по сравнению с контролем (42±3 и 53±6 года соответственно; p<0,001) у них чаще выявлялась АГ (46 и 22% соответственно; p<0,05), имело место более высокий уровень триглицеридов (ТГ) (1,58 и 0,48 ммоль/л соответственно; p<0,01). Частота других традиционных ФР у больных РА и лиц контрольной группе не различались. В тоже время, частота КВЗ (стенокардия, ИМ, инсульт) была достоверно более высокой у больных РА, чем в контрольной группе (26 и 2,5% соответственно; p<0,01). Группа больных РА с клиническими проявлениями КВЗ объединило 10 пациентов. Особенностью данной группы больных является большая длительность болезни (>10 лет), наличие системных проявлений РА, высокая частота АГ (75 %), гиперлипидемии (82 %), максимальное значение индекса тяжести РА (более 10 баллов), а также высокий риск сосудистых катастроф в ближайшие 10 лет. В целом, в группе больных РА средний уровень СРБ составил 12,4±2,6 мг/л и был достоверно выше, чем в контроле (p<0,001). Выявлено положительная корреляция между концентрацией СРБ и активностью болезни по индексу DAS28 (r=0,3; p<0,001), уровнем ТГ (r=0,2; p<0,05), и значением индекса тяжести РА (r=0,2; p<0,01). В контрольной группе корреляция между уровнями СРБ и традиционными ФР, а также клиническими проявлениями КВЗ не выявлена (p>0,05 во всех случаях).

Выводы: атеросклеротическое поражение сосудов у больных РА, по всей вероятности обусловлено как традиционными, так и связанными с заболевание ФР и можно полагать, что стойкое повышение уровня СРБ при РА является лабораторным маркером увеличения риска КВЗ и их осложнений.

0802 РЕВМАТОИДНАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА – КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА

Саидов Ё.У., Халилова Д.А.
Таджикский госмедуниверситет, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: комплексная клинико-инструментальная диагностика и идентификация поражение кардиоваскулярной системы у больных ревматоидным артритом (РА).

Методы исследования: обследовано 38 больных с достоверным серопозитивным диагнозом РА, по критериям АКР (1987), в возрасте от 20 до 56 лет (средний возраст – 42 ± 3), из них 31 женщина и 7 мужчин. Средняя продолжительность РА составила 8,2±1,6 года. Большинство больных (34) имели высокую активность (DAS28-disease activity score >3,7), 2–3 рентгенологические стадии и различные системные проявления РА. Всем пациентам проводилось полное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование с использованием стандартных методов применяемых в ревматологических клиниках. Наличие проявлений кардиоваскулярной патологии оценивалось по данным электрокардиографии (ЭКГ), фонокардиографии (ФКГ), эхокардиографического (ЭхоКГ) исследования и велоэргометрии. С целью выявления субклинических форм атеросклероза проводили УЗИ сонных артерий с измерением толщины комплекса интима-медиа (КИМ). Контрольную группу составили 20 здоровых лиц в возрасте от 18 до 58 лет.

Полученные результаты: большинство из обследованных больных активно не предъявляли жалобы, свидетельствующих о поражении сердца. Однако при целенаправленном расспросе больных, обращали на себя внимание боли и/или чувство тяжести в прекардиальной области – у 9, одышка при физической нагрузки – у 7, перебои в работе сердца у 12 больных. При аускультации и ФКГ установлено ослабление обоих тонов – у 18, акцент II тона над аортой – у 11 и на легочной артерии – у 3 пациентов. ЭКГ изменения в различных вариациях были обнаружены – у 32 (84,1%) из 38 обследованных. Изменения на ЭКГ, чаще всего, были представлены признаками нарушениями ритма и проводимости – у 24 и гипертрофией левого желудочка – у 14 больных. По результатам велоэргометрии у 12 пациентов имело место депрессия сегмента ST более 0,1 мм. При проведения ЭхоКГ у большинства пациентов (22) были выявлены те или иные сдвиги: умеренная гипертрофия ЛЖ – достоверное нарастание индекса массы миокарда ЛЖ (p< 0,05) – у 10; ревматоидные пороки сердца – у 5, перикардиты – у 8 и признаки поражения эндокарда – у 11 больных. Нарушений систолической функции ЛЖ по результатам ЭхоКГ у всех обследованных отмечено не было (фракция выброса во всех случаях превышало 62,4%). Однако диастолическая дисфункция ЛЖ 1 типа была выявлена у 16 больных РА, что выражалось в достоверном уменьшении Va/Ve mitr (p<0,05). С помощью ультразвуковой каротидной сонографии субклиническое проявление атеросклероза сонных артерий в виде утолщения КИМ определено у 17 пациентов и 38 обследованных (0,92±0,12 мм; p<0,05).

Выводы: таким образом, высокая частота встречаемости и широкого спектра кардиоваскулярных симптомов у больных РА, диктуют необходимость проведения тщательного мониторинга состояния сердечно-сосудистой системы, своевременного выявления субклинических симптомов (увеличение толщины КИМ сонных артерий, диастолическая дисфункция ЛЖ) и выработки тактики лечения этой категории пациентов.

0803 ПРЕДПОСЫЛКИ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Саливончик Д.П., Доценко Э.А.
Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь; Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Введение. Заболеваемость сердечно-сосудистой системы занимает лидирующие позиции среди всех нозологических форм и обуславливает высокий процент смертности в ее структуре. Поэтому необходим поиск лечебных методик, которые могли бы максимально снизить остроту и тяжесть проявлений патологического процесса, что особенно значимо в первые часы развития острого коронарного синдрома (ОКС). Среди таких методов следует рассматривать гипербарическую оксигенацию (ГБО) в силу ее универсального воздействия на все звенья патогенеза развития ишемии.

Целью настоящего исследования явилось изучение отдаленных результатов кардиоваскулярных событий (смертности, частоты развития повторного инфаркта миокарда (ИМ)) при использовании ГБО в остром периоде ИМ и обоснование предпосылок для применения последней в первые часы развития ОКС.

Материалы и методы. Организовано проспективное, рандомизированное исследование. Сформировано 2 группы, клиническая характеристика которых была сопоставима. В 1-ю группу (контрольную, n=65) вошли больные острым ИМ, проходившие «протокольный» курс лечения. Второй группе (основной, n=64) помимо «протокольного» курса лечения, проводилась ГБО-терапия на одноместной барокамере «ОКА-МТ» с рабочим давлением 0,03 МПа, курсом из 6 сеансов по одному ежедневно на 4-10 сутки от начала заболевания (в среднем на 6,5±0,1 день), с повторными курсами ГБО через каждые 6 месяцев в течение 2-х лет. Производилось сопоставление полученных данных с результатами применения ГБО при ОКС (при Q и без-Q-ИМ, с хирургическим видами лечения) опубликованных в течение последних лет.

Полученные результаты: Повторный ИМ зарегистрирован у 4,6% и 18,4% (3 и 11 пациентов, χ^2=5,0,p=0,026), смертность у 4,6% и 12,3% (3 и 8 пациентов, p=0,1; в первое полугодие у 0 и 5 пациентов, χ^2=5,14, p=0,047) в основной и контрольной группах соответственно. Основной кардиопротекторный эффект ГБО отмечен в первые 6 месяцев наблюдения в отношении числа случаев смертности -5, частоты развития повторного ИМ – 6, инсульта – 3 в контрольной группе, при отсутствии данных осложнений в основной группе. Относительный риск развития коронарных

событий в основной группе составил 0,34 в течение 2-х лет наблюдения.

Выводы: включение ГБО к «протокольному» курсу терапии ИМ позволило достоверно снизить частоту повторного ИМ на 13,6%, смертности на 8,4% за 2 года наблюдения. Эффекты ГБО максимальны в первые полгода после перенесенного ИМ: рост выживаемости с 91,4% до 100%, χ^2=5,14, p=0,047. Полученные данные создают весомые предпосылки для организации рандомизированного исследования по применению ГБО при ОКС.

0804 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФЛУКСЕТИНА И СЕРТРАЛИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Салимова Н.Р., Ходжаев А.И., Махкамова Н.У.
Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучить сравнительную эффективность флуоксетина и сертралина в лечении психопатологических расстройств тревожно-депрессивного круга у больных с артериальной гипертонией (АГ).

Материал и методы исследования. Обследовано 230 больных АГ мужчин (средний возраст 52,9±4,6г). До, в динамике (3 месяца) и после (6 месяцев) лечения проводились исследования общесоматического и психовегетативного статуса, верифицированные результатами лабораторных, инструментальных (суточное мониторирование АД) и психодиагностических (беседа-интервью, шкалы Спилбергера, Гамильтона, тест Mini-Mult) методов. По исходным данным психопатологические расстройства были выявлены у 182 (79,1%) больных. Они квалифицировались как тревожные - у 35 (15,2%); тревожно-депрессивные - у 87 (37,8%); фобические - у 42 (18,3%); ипохондрические - у 18 (7,8%) расстройства. Антидепрессанты назначались на фоне адекватной гипотензивной терапии методом случайной выборки: сертралин 25 мг/с (n=91), флуоксетин 20 мг/с (n=91). Исследование открытое, сравнительное, без группы контроля.

Результаты исследования. Сравнительный анализ результатов показал, что в двух группах вмешательства к 3 и 6 месяцам лечения отмечалась достоверно положительная динамика общесоматического и психологического статуса (P<0,05). Удалось достичь: оптимальных значений АД; уменьшения эмоциональной лабильности, агрессивности, тревожности, подавленности; повышения психосоциальной активности, физической и интеллектуальной трудоспособности (P<0,05). В целом уже к 3 месяцу терапии оба использованных антидепрессанта были равноэффективны (до 85%). Побочные эффекты в виде желудочно-кишечного дискомфорта или головных болей носили преходящий характер регистрировались в единичных случаях. Ни в одном случае не были выявлены нежелательные лекарственные взаимодействия с препаратами базисной терапии. Но специальный анализ динамики психопатологических расстройств у больных АГ выявил особенности фармакодинамики использованных антидепрессантов. Так, в группе флуоксетина у 67 (74,1%) больных в первые две недели лечения в два раза чаще, чем в группе сертралина, наблюдалась вегетативная неустойчивость, тревожность, нарушался сон (P<0,05). Это потребовало в 2/3 случаев временного назначения анксиолитика (P<0,05). Терапия сертралином только в 1/3 случаев требовала поддержки анксиолитиком (P<0,05).

Выводы: У больных АГ с психопатологическими расстройствами тревожно-депрессивного круга флуоксетин и сертралин равноэффективны как антидепрессанты. Но флуоксетин в два раза чаще сертралина вызывает вегетативную ажитацию и диссомнию, и потому его нецелесообразно назначать при исходно выраженной вегетативной дисфункции, т.е при обострении АГ.

0805 ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ КАРДИОВЕРСИИ ПРИ ТРЕПЕТАНИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Сальцева М.Т., Аминева Н.В., Боровков Н.Н., Паршина К.В., Ненастьева О.К.
ГОУ ВПО « Ниж ГМА Росздрава», Нижний Новгород, Россия

Цель: изучить сравнительную эффективность медикаментозной и электрической кардиоверсии при трепетании предсердий (ТП) у больных ишемической болезнью сердца.

Материал и методы: обследовано 40 больных (27мужчин и 13 женщин) страдающих стенокардией напряжения II КФК и ТП I типа. Средний возраст больных составил 62±8,3 года. Продолжительность ТП была от нескольких часов (суток) до двух месяцев. У 17 пациентов регистрировалось впервые выявленное ТП, а у 11 больных - его рецидив. У 12 пациентов ТП возникло на фоне имевшейся в анамнезе фибрилляции предсердий. Обследование больных включало общеклинические методы, изучение липидного профиля, параметров системы гемостаза, гормонов щитовидной железы, эходоплерокардиографию (ЭхоДПКГ), холтеровское ЭКГ-мониторирование. В ряде случаев проводилась чреспищеводная ЭхоКГ с целью исключения внутрисердечных тромбов. Для восстановления синусового ритма использовали амиодорон, хинидин, верапамил, бета-адреноблокаторы, наружную электрическую кардиоверсию (ЭКС) и чреспищеводную электрическую кардиостимуляцию (ЧПЭКС). Всем больным с ТП длительностью более 48 часов перед кардиоверсией проводилась антикоагулянтная подготовка варфарином до достижения значения МНО 2,0-3,0.

Результаты: медикаментозная кардиоверсия использовалась у 23 пациентов и оказалась эффективной только у 8 пациентов. У 4 из 10 больных с ТП продолжительностью до 1-2 суток ритм удалось восстановить с помощью внутривенного капельного введения амиодарона и у 4 из 11 больных - при насыщении амиодароном перорально. Комбинации хинидина с верапамилом или хинидина с β- адреноблокаторами, применённые у 9 пациентов, оказались во всех случаях неэффективными. Электрическая кардиоверсия проводилась у 30 обследованных при длительности ТП более 7 суток. ЭКС применялась у 14 человек, а ЧПЭКС - у 16 пациентов. При этом синусовый ритм удалось восстановить у 21 больного (у 10 - с помощью ЭКС, а у 11 - методом ЧПЭКС). Результаты лечения ЭКС и ЧПЭКС оказались сопоставимыми. Однако при детальном анализе эффективности методов электрической кардиоверсии в зависимости от длительности ТП (до 1 месяца и свыше 1месяца) оказалось, что ЧПЭКС наиболее результативна (в 87,5% наблюдений) при ТП длительностью до месяца и лишь в 33,3% при ТП, сохраняющемся более одного месяца. Другая картина наблюдалась при ЭКС: в случаях ТП продолжительностью более месяца синусовый ритм был восстановлен у 87,3%, а при ТП до одного месяца - у 66,7%. Пациенты, у которых не удалось восстановить синусовый ритм, были направлены на консультацию к кардиохирургу.

Выводы: 1. При восстановлении ритма у больных с трепетанием предсердий более эффективна по сравнению с медикаментозной, электрическая кардиоверсия.

2. По результатам лечения кардиверсия методом ЭКС сопоставима с методом ЧПЭКС, который более эффективен при ТП длительностью менее одного месяца.

0806 НЕКОТОРЫЕ МАРКЕРЫ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКОМ ГИПОТИРЕОЗЕ

Самитин В.В., Родионова Т.И.
ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет Росздрава», Саратов, Россия

Цель: оценить некоторые маркеры эндотелиальной дисфункции у пациентов в возрасте до 55 лет с субклиническим гипотиреозом (СГ), развившимся в исходе тиреоидита Хашимото, не имеющих ранее диагностированных проявлений атеросклероза.

Методы: были обследованы 27 пациентов (24 женщины, 3 мужчин, средний возраст – 52,4±2,1 года) с диагнозом СГ, верифицированным двукратным гормональным обследованием (ТТГ в момент начала исследования 8,4±1,2 мМЕ/л). Группу контроля составили 14 сопоставимых по возрасту (p=0,06) лиц. В исследование не включали пациентов с предыдущим анамне-

зом проявлений атеросклероза, ИМТ ≥30 кг/м^2, неконтролируемой медикаментозно артериальной гипертензией, сахарным диабетом, онкологическими заболеваниями, курильщиков. Исследовали дилатацию a. brachialis (аппарат "Aloka-4000", линейный датчик с частотой 6-10 МГц) трижды – в состоянии покоя, при пробе Целермайера (эндотелийзависимая вазодилатация, ЭЗВД) и спустя 15 минут после сублингвального приема 500 мкг нитроглицерина (эндотелийнезависимая вазодилатация, ЭНВД). Уровень эндотелина-1 оценивали методом ИФА (наборы Biomedica gruppe). Также исследовали количество циркулирующих эндотелиальных клеток в плазме крови по методу J. Hladovec, 1978.

Результаты: Не было выявлено достоверных различий между группами по показателю ЭНВД, однако ЭЗВД была достоверно ниже в группе пациентов с СГ (7,7±2,1% против 11,4±1,0% в группе сравнения, p=0,009). Уровень эндотелина-1 был достоверно выше в группе больных СГ – 0,56±0,14 фмоль/л vs 0,26±0,03 фмоль/л в группе сравнения (p=0,0001). Количество циркулирующих эндотелиальных клеток в обеих группах достоверно не отличалось (3,8*10^4/литр в группе СГ и 3,5*10^4/литр в группе сравнения, p=0,78).

Выводы: у пациентов средней возрастной группы с СГ имеются маркеры эндотелиальной дисфункции в виде снижения ЭЗВД и повышения уровня эндотелина-1. Однако отсутствие в сравнении с лицами без тиреоидной патологии изменения ЭНВД и количества циркулирующих эндотелиальных клеток свидетельствуют об относительно умеренной выраженности эндотелиальной дисфункции у данного контингента больных. Влияние фармакологической коррекции СГ на измененные показатели нуждается в изучении.

0807 СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ЭПРОСАРТАНА И РАМИПРИЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Сапожник Н.К., Попеску Л.Ф., Дурня А.С., Сасу Д.Б., Карауш А.П.
Институт Кардиологии, Кишинев, Молдова

Цель: изучить влияние Эпросартана и Рамиприла на показатели диастолической функции левого желудочка у пациентов с артериальной гипертонией II ст.

Материалы и методы: В открытое проспективное 6-месячное исследование были включены 62 пациента (60% мужчин и 40% женщин, средний возраст 49±0,5 лет) с артериальной гипертензией II ст (средняя длительность гипертонии составляла 5,7±0,8 месяцев) с признаками диастолической дисфункции (по данным эхокардиографии). Методом случайной выборки пациенты были разделены на 2 группы:

1 группа (33 больных) принимала Эпросартан 600-800 мг/сут., (средняя доза 700±0,1 мг/сут)

2 группа (29 больных) – Рамиприл 5-10 мг/сут., (средняя доза 7,5±0,5 мг/сут.).

Целевой уровень систолического артериального давления и диастолического артериального давления (<140 мм рт.ст., <90 мм рт.ст.) не удалось в монотерапии достичь у 10 больных, вследствии чего эти пациенты были выведены из исследования. Таким образом, группу с Эпросартаном составили 27, а группу с Рамиприлом – 25 больных.

Исходно и повторно через 6 месяцев всем пациентам проводились Допплер-ЭхоКГ при помощи которой оценивали показатели диастолической функции левого желудочка: отношение E/A, время изоволюметрического расслабления (TIVR, мсек), время замедления скорости потока (DT, м/сек).

Результаты: Отношение E/A повысилось на 67% (от 0,72±0,03 до 1,2±0,05, P<0,01) в группе принимавшей Эпросартан и на 60,0% (от 0,81±0,05 до 1,3±0,04, P<0,01) во второй группе. Время изоволюметрического расслабления (TIVR) снизилось на 27,0% (от 133±2,1 до 102±2,5, P<0,05) в первой группе и на 20% (от 128,9±3,5 до 103,5±2,8, P<0,05) в группе принимавшей Рамиприл. Время замедления скорости потока (DT) уменьшилось на 13,8% (от 220±6,7 до 191±6,1, P>0,05) в первой группе и на 10% (от 202,7±6,3 до 182,9±4,3, P>0,05) во второй группе.

Выводы: Таким образом, оба препарата повлияли благоприятно на показатели диастолической функции левого желудочка у больных артериальной гипертензией, но более значимо - блокатор рецепторов Ангиотензина II Эпросартан.

0808 ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА: РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ЭТАПА НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ПРОЕКТА «ДИАЛОГ»

Сапожникова И.Е., Ануфриева Е.Н., Соболев А.А., Родыгина Е.В.
ГОУ ВПО «Кировская ГМА», Киров, Россия; ГЛПУ «Кировский областной эндокринологический диспансер», Киров, Россия

Цель исследования: оценить распространенность гипертонической болезни (ГБ) в случайной выборке пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа, получаемую ими гипотензивную терапию и проводимый самоконтроль АД, а также проводимый самоконтроль гликемии.

Материалы и методы. Обследовано 200 пациентов с СД 2 типа. Использовался анкетный метод: оригинальные «Анкета врача», «Опросник пациента». Проводилось антропометрическое обследование (рост, вес индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), ЧСС, АД), концентрация гликозилированного гемоглобина, гликемии, липидного спектра.

Результаты исследования. Среди обследованных пациентов было 77% женщин, 23% - мужчин, преимущественно жители областного центра (65,5%) в возрасте от 37 лет до 81 года (57,5±8,6 лет). У 83% СД 2 типа сочетался с ГБ. Монотерапию гипотензивными препаратами получали 24,5% пациентов, фиксированную комбинацию гипотензивных препаратов – 5,5%, комбинацию из 2 гипотензивных препаратов – 44%, из 3 гипотензивных препаратов - 22%, из 4 гипотензивных препаратов – 4%; Me – 2 препарата [1; 3 препарата]. По мнению врачей, регулярную гипотензивную терапию получают 94% пациентов с ГБ и СД 2 типа (по данным анкет пациентов - 77%). У 79,5% всех опрошенных пациентов имеются тонометры; 25,9% пациентов с ГБ и СД 2 типа проводят самоконтроль АД 2 раза в день; 21,7% - 1 раз в день; 38,5% – реже 1 раза в день (с различной частотой), 26,5% - только при ухудшении самочувствия. 49 % пациентов имеют в личном пользовании средства самоконтроля гликемии (СКГ), в 90% - глюкометры. 11,5% пациентов проводят СКГ 1 раз в день и чаще. Среди причин отсутствия СКГ наиболее частыми были высокая стоимость средств СКГ (64,7%), отсутствие возможности обсудить его результаты с врачом (10%) и недостаточная информированность о его преимуществах (7,8%).

Выводы:

1) Частота гипертонической болезни в случайной выборке пациентов с СД 2 типа составила 83%.

2) 24,5% опрошенных пациентов с ГБ и СД 2 типа получали 1 гипотензивный агент.

3) Несмотря на достаточно высокую частоту тонометров, находящихся в личном пользовании пациентов, частота лиц, проводящих самоконтроль АД с адекватной частотой составила 21,7%.

4) Доля пациентов, проводящих самоконтроль гликемии с адекватной частотой, оказалась существенно ниже, чем проводящих самоконтроль АД.

0809 ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КОРРЕКЦИЮ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА (РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

Сапожникова И.Е., Соболев А.А., Ануфриева Е.Н., Родыгина Е.В.
ГОУ ВПО «Кировская ГМА», Киров, Россия; ГЛПУ «Кировский областной эндокринологический диспансер», Киров, Россия

Цель исследования: оценить факторы, влияющие на снижение высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений в группе пациентов с сахарным диабетом (СД) типа 2 и гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы. Обследовано 200 пациентов с СД 2 типа. Использовался анкетный метод: оригинальные «Анкета врача», «Опросник пациента». Проводилось антропометрическое обследование (рост, вес индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), ЧСС, АД), концентрация гликозилированного гемоглобина, гликемии, липидного спектра.

Результаты исследования. Обследовано 200 пациентов с СД 2 типа: 77% женщин, 23% - мужчин, преимущественно жители областного центра (65,5%) в возрасте от 37 лет до 81 года (57,5±8,6 лет). У 83% СД 2 типа сочетался с ГБ. 47% пациентов отметили пропуски в приеме гипотензивных препаратов, еще 12,5% не ответили на этот вопрос. Наиболее частыми причинами пропуска в приеме гипотензивных препаратов оказались забывчивость (33,7%), боязнь развития «привыкания» (16,8%) и необходимость частого приема лекарств (12,6%). Препараты ацетилсалициловой кислоты получали 32 (16%) пациентов. 119 (59,5%) пациентов был рекомендован для постоянного приема препарат из группы ИАПФ, 2 (1%) – из группы БРА-2. Терапию статинами получали 23,5% пациентов. В качестве наиболее частых причин отсутствия приема статинов опрошенные пациенты назвали высокую стоимость препаратов (32%), недостаточную информацию о необходимости их приема со стороны медицинского персонала (23,5% анкет), а также нежелание принимать большое количество препаратов (7,8%).

Выводы:

1) В случайной выборке пациентов с сахарным диабетом 2 типа отмечена высокая частота сопутствующей гипертонической болезни.

2) Значительная доля опрошенных пациентов (47%) отметила пропуски при приеме гипотензивных препаратов.

3) Среди основных причин нерегулярного приема гипотензивных препаратов пациенты назвали забывчивость, боязнь снижения эффективности препарата при постоянном приеме и нежелание часто принимать лекарственные средства.

4) Частота приема препаратов, доказано снижающих риск сердечно-сосудистых осложнений в группе пациентов максимального сердечно-сосудистого риска оказалась недостаточной.

0810 ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ТИАНЕПТИНОМ ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА С ЗУБЦОМ Q

Сапожникова Н.Н., Тарловская Е.И.
ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Росздрава», Киров, Россия

Депрессии являются самостоятельным фактором риска по ишемической болезни сердца (ИБС) и ассоциируются с тяжелым течением, высокой частотой коронарных катастроф и повышенной смертностью от коронарной болезни. Наличие сопутствующих расстройств аффективного спектра (тревоги и депрессии) оказывает негативное влияние на течение и прогноз при инфаркте миокарда. Это побуждает к поиску возможностей коррекции аффективных расстройств современными психофармакологическими средствами.

Цель: оценить эффективность коррекции депрессивных расстройств легкой и средней степени тяжести антидепрессантом тианептином у пациентов перенесших инфаркт миокарда с зубцом Q давностью 2 месяца.

Материалы и методы: было обследовано 48 пациентов перенесших инфаркт миокарда с зубцом Q давностью 2 месяца, имеющих признаки тревоги (Т) и/или депрессии (Д). Все пациенты были рандомизированы на две группы. Первую группу составили 24 больных (11 женщин, 13 мужчин), средний возраст 52,37±4. Вторая группа включала 24 пациента (5 женщин, 19 мужчин), средний возраст 53,5±2,4 года. Первая группа больных получала базисную терапию: бета-блокаторы (метапролола сукцинат), ингибиторы АПФ (периндоприл), антиагреганты (ацетилсалициловая кислота), статины (симвастатин), нитраты по потребности, а также антидепрессант тианептин в дозе 37,5 мг/сут. Пациенты второй группы получали только препараты базисной терапии. Средние дозировки препаратов базисной терапии в обеих группах были одинаковыми. Наблюдение проводилось в течение 3 месяцев. Изучение выраженности аффективных нарушений проводилось с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Сумма баллов от 8 до 11 оценивалась как субклиническое проявление тревоги (Т) и/или депрессии (Д), более 11 баллов – клинически выраженные тревога и/или депрессия.

Результаты: На второй неделе терапии проявлялось анксиолитическое действие препарата, которое в дальнейшем нарастало. У 22 пациентов уменьшение тревожной симптоматики не сопровождалось сонливостью в течение дня и нарушением физической и психической активности. Только 2 пациента предъявляли жалобы на повышенную сонливость в дневные часы в течение 1 недели терапии тианептином, но данные жалобы не потребовали отмены препарата, так как прекратились на 2 неделе терапии. На фоне приема тианептина в течение 3 месяцев в первой группе произошло снижение выраженности тревоги с 10,83±0,67 до 4,25±0,71 ($p<0,05$), депрессии – с 9,23±0,48 до 6,17±0,54 ($p<0,01$). Во второй группе уровень тревоги составил 9,87±0,96 до 7,89±2,99 баллов ($p>0,05$), уровень депрессии – 10,2±0,36 до 9,08±2,35 ($p>0,05$).

Выводы: Применение антидепрессанта тианептина в течение 3 месяцев у пациентов перенесших инфаркт миокарда с зубцом Q достоверно уменьшает проявления тревоги и депрессии, а также является безопасным. Тианептин может быть рекомендован для включения в комплексную терапию тревожно-депрессивных состояний у пациентов перенесших крупноочаговый инфаркт миокарда.

0811 ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗЕ И ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕВУШЕК ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

Саргаева Д.С., Кисляк О.А., Стародубова А.В.
ГОУ ВПО РГМУ, Москва, Россия

Цель: выявить особенности анамнеза и факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у девушек-подростков и молодых женщин с ожирением.

Материалы и методы: обследовано 26 девушек-подростков и молодых женщин в возрасте 15-24 лет (медиана возраста - 17,9 лет) с ожирением (индекс массы тела (ИМТ) ≥30 кг/м^2, медиана ИМТ - 35,9 кг/м^2). Анализировались: масса тела при рождении, ожирение у родителей, наличие ожирения, артериальной гипертензии (АГ), сахарного диабета (СД) и ССЗ у родственников, возраст начала ожирения и менархе, нарушения менструального цикла, физическая активность, перенесенные детские инфекции, курение, тип ожирения, АГ, уровень липидов (ТГ, ОХ, ЛПНПН, ЛПВП, апоЛП А1 и В), глюкозотолерантный тест (ГТТ).

Результаты: Медиана массы тела при рождении 3477 гр., в раннем детстве 90% пациенток болели такими вирусными инфекциями, как ветряная оспа и краснуха, средний возраст начала менархе соответствовал 13,2 лет, а нарушения менструального цикла встречались в 60% случаев. Курение подтверждают 40% пациенток. При анализе возраста возникновения ожирения самыми частыми оказались возрастные периоды 0-4 лет (40%) и 9-12 лет (40%). При исследовании семейного анамнеза у родственников первой линии ожирение встречалось в 100% случаев, при этом ожирение у обоих родителей в 60% случаев, у одного из родителей в 40% случаев; отягощенность по СД - 50%, по АГ - 100%, ранний анамнез ССЗ выявлен в одном случае. По данным опроса и анкетирования все девушки оценивали свой уровень физической активности как низкий. Абдоминальное ожирение (АО) диагностировано у 90% пациенток, равномерное - у 10%. У 30% пациенток при офисном измерении выявлена АГ, по данным СМАД диагноз АГ был установ-

лен в 60%. Частота выявления различных типов дислипидемий: 13,3% (повышение уровня общего холестерина), 6,6% (повышение уровня ЛПНП), 20% (повышение уровня триглицеридов), 33,3% (снижение уровня апоЛП В), уровень ЛПВП у всех был нормальным. По данным ГТТ у 6,6% пациенток было выявлено нарушение толерантности к глюкозе.

Выводы: Характерной особенностью девушек-подростков и молодых женщин с ожирением является наличие АО, возникновение ожирения в раннем детском возрасте и препубертатном периоде, выявление нарушений менструального цикла как косвенного признака гормональных нарушений, частое сочетание с АГ и дислипидемией, высокая распространенность в семьях АГ, СД и ожирения.

0812 АНАЛИЗ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Сбродова Л.В.
РМАПО, кафедра кардиологии, Москва, Россия

Цель: Оценить информативность различных методов оценки анализа вариабельности синусового ритма (ВСР) у больных артериальной гипертонией с пароксизмами фибрилляции предсердий (ПФП).

Методы: Суточное мониторирование ЭКГ проведено всем больным в течение 24 часов. Для оценки ВСР использовали только интервалы RR синусового происхождения. ВСР анализировалась как традиционными методами (временные показатели), так и с помощью оценки вариаций коротких участков ритмограммы (ВКРМ), СВВР (средневзвешенной вариации ритмограммы). Суточная ритмограмма делилась на участки по 33 интервала RR (около 4 дыхательных циклов). Автоматически диапазон изменения величин RR разделялся на 8 градаций, соответствующие изменениям ЧСС в минуту в диапазонах: >104; 105-93; 92-84; 83-76; 75-69; 68-64; 63-59; <59.

Результаты: Обследован 51 больной гипертонической болезнью и пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (ПФП). Подтверждаются наиболее тесные, прямые корреляционные связи между ВКРМ и показателями, отражающими парасимпатическую активность: NN50count, pNN50, RMSSD (r=0,34-0,82 p<0,05), с максимальными значениями в диапазоне ЧСС, соответствующей нормокардии и брадикардии, (r=0,60-0,82 p<0,05). Известно, что такие временные показатели, как SDNN, SDANN, SDNN index отражают общую ВСР. В нашем исследовании мы получили прямую связь SDNN index с ВКРМ в частотах синусового ритма менее 92 уд/мин. В то время как SDNN и SDANN отражали вариабельность при ЧСС>104 и ЧСС<63 уд/мин (r=0,28-0,43; p<0,05), по-видимому отражая вклад симпатической активности в первом случае и парасимпатической во втором. Все временные показатели ВСР взаимосвязаны только с ВКРМ, соответствующие ЧСС <63 уд/мин (r=0,32-0,75; p<0,05) и СВВР, при этом наиболее тесно с парасимпатическими показателями (r=0,63-0,88; p<0,05). Только с ЧССmin наблюдаются отрицательные связи между всеми временными показателями ВСР (r=-0,51-0,65; p=0,002-0,0000004), ВКРМ-8 (соответствует ЧСС<59) (r=-0,53; p=0,00006) и СВВР (r=-0,32; p=0,02). ЧССср также обратно связана с временными показателями, за исключением SDNN, SDANN (r=-0,41-0,45; p=0,003-0,0009). Взаимосвязи ЧССmax с ВСР не выявлено. Это позволяет утверждать, что при снижении ЧСС наблюдается увеличении общей вариабельности сердечного ритма.

Выводы: 1. Метод анализа СВВР, наряду с традиционными временными показателями, можно использовать для оценки вариабельности синусового ритма у больных с ПФП.

2. Снижение ЧСС приводит к увеличению общей вариабельности ритма сердца.

3. Чем больше препарат снижает ЧССmin, тем больше его влияние на ВСР.

0813 ВЛИЯНИЕ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ СОТАЛОЛОМ НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА

Сбродова Л.В, Пшеницин А.И, Соболев А.В, Костоева А.У, Мазур Н.А.
РМАПО, кафедра кардиологии, Москва, Россия

Цель: Оценить влияние гипотензивной терапии соталолом (сотагексал) на ЧСС, вариабельность ритма сердца (ВСР) и течение пароксизмальной фибрилляции предсердий (ПФП) у больных артериальной гипертонией (АГ).

Методы: Всем больным проведено суточное мониторирование ЭКГ в течение 24 часов. Пароксизмы фибрилляции предсердий были исключены из анализа ВСР.

Результаты: Нами было обследовано 30 больных (16 мужчин и 14 женщин) АГ и ПФП. Их средний возраст составил 60±1,23 и 60±1,17 лет соответственно. До лечения ПФП встречались от 1 до 30 в месяц. Во время 24-х часовой регистрации ЭКГ у 6 больных были выявлены ПФП; 17- ПФП общей продолжительностью 1231,9 мин; всего QRS=139219, у 3 больных не наблюдалось связи фибрилляции предсердий со временем суток; у 3-пароксизмы возникали только в ночные часы. На терапии ПФП зарегистрированы у 3 человек (3-ПФП; из них 2-днем, 1-ночью). У одного больного ПФП зарегистрирован повторно, после коррекции антиаритмической терапии на суточной ЭКГ сохранялся синусовый ритм. Окончательная доза препарата составила 215±5 мг/сут. На лечении суммарная длительность пароксизмов, возникших во время регистрации Холтер ЭКГ, уменьшилась в 3,7 раза (330 мин), общее количество комплексов в пробежках в 3,4 раза(QRS=41434). Препарат демонстрирует значимое увеличение ср.NN, снижение ЧССср, ЧССmax через 1 месяц терапии, сохраняющиеся на протяжении всего курса лечения (p<0,05). Наиболее значимо менялась ЧССmax (124±3 уд/мин до 96±2 уд/мин; p=0,0004). Влияния на ЧССmin выявлено только через 12 недель лечения (исходно-53±1, через 12 недель-48±1; p=0,01). В подгруппе больных с зарегистрированными ПФП на суточной ЭКГ в период отбора все виды наджелудочковой эктопии встречались чаще, но количество наджелудочковых куплетов оказалось достоверно выше (5±4; 61±10; p=0,04). Достоверное уменьшение наджелудочковых куплетов в ночные и утренние часы, после месяца приема сотагексала сохранялось до окончания исследования (p=0,01). Мы получили отрицательные взаимосвязи между временными показателями ВСР и возрастом больных. Показатели, отражающие парасимпатическую активность (NN50 count, pNN50, RMSSD), имели обратную связь с абдоминальным типом ожирения. Наиболее тесные, отрицательно направленные связи получены между всеми временными показателями ВСР и ЧССmin (r=-0,55-0,74; p=0,002-0,000003), в то время как со всеми видами нарушений ритма не выявлены. Зависимости SDNN, SDANN от ЧССср, ЧССmax нами не получено. Достоверных изменений ВСР на лечении не выявлено, но отмечалась тенденция к снижению всех показателей через 1 месяц терапии и восстановление до исходных цифр к окончанию лечения.

Выводы: Наиболее значимые отрицательные корреляции получены между всеми временными показателями ВСР с ЧССmin. В нашем исследовании влияние препарата на ЧССmin проявилось к концу наблюдения, что может объяснить отсутствие достоверной динамики ВСР. Следовательно, чем больше препарат урежает ЧССmin, тем выше его положительное влияние на временные показатели вариабельности синусового ритма.

0814 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Свитлык Г.В., Гарбар М.О., Барнетт О.Ю., Чнгрян Г.В.
Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, Львов, Украина

Цель. Оценить динамику параметров вариабельности ритма сердца (ВРС) у больных с острым инфарктом миокарда

(ОИМ) и дисфункцией левого желудочка (ЛЖ) на стационарном этапе лечения.

Методы. Обследовано 45 мужчин в возрасте от 40 до 59 лет с ОИМ с элевацией сегмента ST и фракцией выброса (ФВ) ЛЖ не более 40%. Группу I составили 22 пациенты, в схему лечения которых был включен аторвастатин в дозе 40 мг в сутки, группу II – 23 больных с применением симвастатина в дозе 40 мг в сутки. На 4-5 день заболевания и на момент выписки пациентам с помощью компьютерной системы "Diacard" ("Сольвейг", Киев) осуществляли суточное мониторирование ЭКГ с определением ВРС. Анализировали спектральные показатели ВРС.

Результаты. При анализе ВРС в дебюте заболевания в активный период суток у пациентов обеих групп выявлено достоверное повышение низкочастотного компонента спектра (LF: группа I – 1162,13±69,82 мс^2; группа II – 1025,91±63,99 мс2), снижение активности высокочастотных волн (HF: группа I – 324,79±33,29 мс^2; группа II – 288,91±53,99 мс^2) и соответствующее повышение показателя LF/HF (группа I – 2,91±0,38; группа II – 2,90±0,32) ($p \leq 0,05$).

В процессе лечения наблюдалась тенденция к нормализации соотношения LF/HF, более отчетливо выраженная у больных группы I. Следует отметить, что изменения данного показателя среди пациентов группы I были следствием повышения высокочастотной составляющей спектра ВРС (до 616,97±27,06 мс2, $p=0,05$), а у больных группы II – угнетением активности обоих компонентов спектра.

Такая же закономерность в изменении спектральных показателей ВРС сохранялась и в ночной период суток. При этом высокочастотный компонент спектра на фоне лечения аторвастатином увеличивался почти вдвое – от 488,77±50,41 мс^2 вначале лечения до 929,46±30,83 мс^2 при выписке из стационара ($p \leq 0,05$).

Выводы.

1. Острый период инфаркта миокарда на фоне систолической дисфункции левого желудочка характеризуется выраженным снижением ВРС вследствие увеличения тонуса симпатической нервной системы и уменьшения парасимпатических влияний на сердечный ритм.

2. Аторвастатин, по сравнению со симвастатином, более эффективно влияет на вегетативный дисбаланс, обладая важной способностью повышать активность парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.

3. Оценка состояния вегетативной регуляции сердечного ритма создает условия для оптимального подбора терапии, что существенно влияет на прогноз и течение заболевания.

0815 КОРОНАРОГРАФИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Седова Е.В., Алексеева Н.С., Жук В.С., Кириллов М.А.
КардиоКлиника, Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время в Германии на миллион жителей выполняется в 20 раз больше коронарографий, чем в России. Половина из них проводится в амбулаторных условиях. В нашей стране для выполнения коронарографии, как правило, требуется пребывание в стационаре в среднем около 3 дней.

Цель исследования: Изучить безопасность проведения коронарографии в амбулаторных условиях.

Методы: В течение 2007-2008 года обследовано 380 пациентов, которым была проведена коронарография в амбулаторных условиях. Под амбулаторными условиями понимали нахождения пациента в клинике в течение 6-8 часов после процедуры. Средний возраст пациентов составил 56 лет (32-83 года), в большинстве случаев это были мужчины - 82,4% (313). В 90% (342 чел.) манипуляций выполнялась феморальным, а в 10% (38) - брахиальным и лучевым доступом. В большинстве случаев (98,7%) использовались катетеры 5F. Рутинно проводился стандартный гемостаз, в 5 случаях применялось устройство для закрытия пункционного отверстия Perclose. У 82 человек (21,5%) не выявлено гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий. У 95 (25%) пациентов определялось поражение одной коронарной артерии, у 102 (26,8%) выявлено двухсосудистое, а у 101 (26,6%) было трехсосудистое поражение коронарного русла. 86 (22,6%) пациентам проведена одномоментная ангиопластика со стентированием. 228 (60%) пациентов были выписаны из клиники после 8 часов пребывания, 40% через 24 часа. Всем пациентам на следующий день и через 30 дней после коронарографии, выполняли телефонный звонок.

Результаты и выводы: В ранние сроки (до 30 дней) наблюдались следующие местные осложнения – в 5 случаях (2,2%) большая подкожная гематома в месте пункции, один случай (0,02%) - ложная аневризма бедренной артерии у пациентки с ИМТ 36, потребовавшая хирургической коррекции. Из общих осложнений был один случай успешно купированной аллергической реакции на контраст и один эпизод фибрилляции желудочков, потребовавший электроимпульсной терапии. По существующим данным вероятность аналогичных осложнений ангиографий в стационарах с традиционным, неамбулаторным, подходом существенно не отличается от полученных нами, что подтверждает безопасность сокращения времени пребывания пациента в стационаре и уменьшение стоимости процедуры на стоимость 1-3-х койко-дней.

0816 КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И СЕЛЕНОВЫЙ СТАТУС ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Селезнев С.В.[1], Якушин С.С.[1], Зорин С.Н.[2], Бучанова А.В.[2]
ГОУ ВПО РязГМУ Росздрава[1], Рязань, Россия; ГУ НИИ Питания РАМН[2], Рязань, Россия

Цель работы: изучение клинико-инструментальных особенностей, селенового статуса больных ишемической кардиомиопатией.

Материалы и методы: нами использованы следующие критерии ИКМП: наличие документированной ишемической болезни сердца (атеросклероз коронарных артерий по данным коронароангиографии, и/или ЭКГ-признаки крупноочаговых рубцовых изменений в миокарде (зубец q), и/или типичный для стенокардии болевой синдром), кардиомегалия (конечный диастолический размер левого желудочка > 6,5 см и/или фракция выброса левого желудочка <40% (по Тейхольцу)). Диагноз ИКМП исключали при наличии: ревматических, врожденных пороков клапанов сердца, протезированных клапанов, неишемических кардиомиопатий.

Для оценки клинико-инструментальных особенностей мы наблюдаем 76 пациентов ИКМП. Проводилось их непосредственное обследование, анализ данных анамнеза, лабораторных и инструментальных методов обследования. У 21 пациента определялся селеновый статус. Оптимальной считалась концентрация селена в сыворотке крови от 115-130 мкг/л, 90-114 мкг/л – субоптимальная, 70-90 мкг/л – легкий дефицит, менее 70 мкг/л – глубокий дефицит.

Результаты и их обсуждение: при анализе клинических особенностей у 76 пациентов (66 мужчин, 10 женщин, средний возраст 60,0±1,0 лет), отмечено, что такой важнейший симптом левожелудочковой хронической сердечной недостаточности, как одышка, встречался не у всех пациентов (80,3%), в то же время у трети наших больных (35,5%) имела место одышка в покое. Самым частым симптомом ХСН явилась повышенная утомляемость (85,5%). 88,0% пациентов страдали стенокардией. Постинфарктный кардиосклероз выявлялся у 73,3% больных. Более чем у половины наших пациентов (65,8%) определялись признаки бивентрикулярной сердечной недостаточности (гепатомегалия). При анализе ЭКГ у 6,6% больных была выявлена полная блокада левой ножки пучка Гиса. На УЗИ сердца выявлено: левое предсердие 4,71±0,14 см, конечный диастолический размер левого желудочка 6,90±0,08 см, конечный систолический размер левого желудочка 5,66±0,08 см, индекс конечного диастолического объема 145,54±3,80 мл/м^2, индекс конечного систолического объема 70,41±2,44 мл/м^2. Фракция выброса левого желудочка (по Тейхольцу) составила 36,74±0,76%. Таким образом, имела место кардиомегалия со снижением систолической функции левого желудочка. Оценка степени тяжести ХСН показала: подавляющее большинство наших пациентов относятся ко IIА-IIБ стадиям (88,2%), II-III ФК (78,3%). При анализе селенового статуса глубокий дефицит

селена выявлен у 13 пациентов (61,9%), легкий дефицит у 7 (33,3%), субоптимальная – у 1 пациента (4,8%).

Выводы: 88,2% больных относится к IIА-IIБ стадиям ХСН, функциональный класс ХСН у 78,3% соответствовал II-III по NYHA. У 65,8% пациентов имелись клинические признаки бивентрикулярной недостаточности. У подавляющего большинства наших пациентов (61,9%) имел место глубокий дефицит селена, на основании чего можно предположить неблагоприятное влияние низкого уровня селена на состояние сердечно-сосудистой системы.

0817 БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА МИТРАЛЬНОМ КЛАПАНЕ С СОХРАНЕНИЕМ ПОДКЛАПАННЫХ СТРУКТУР

Селиваненко В.Т., Мартаков М.А., Дудаков В.А.
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

Цель исследования — оптимизация результатов повторных операций у больных после ранее выполненных закрытых митральных комиссуротомий (ЗМК).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 84 больных с ревматическим митральным рестенозом, у 26 пациентов рестеноз и недостаточность митрального клапана были выражены в равной степени. Все реоперации выполнены в условиях искусственного кровообращения с фармакохолодовой кардиоплегией. Интраоперационная экспресс диагностика насосной функции сердца проводилась с помощью компьютерно-диагностической системы “Open Heart” с графическим отображением диаграммы “объем-давление”, интрамиокардиального давления, сократительного состояния миокардиального волокна. Наиболее тяжелую группу составили пациенты, имевшие длительный ревматический анамнез, выраженный кальциноз митрального клапана III-IV степени и сочетанную патологию трикуспидального клапана. Все больные имели сращения сердца с перикардом. Применяли частичный кардиолиз — выделяли только переднюю стенку правого предсердия и обходили полые вены. У ряда больных не выделяли даже переднюю стенку правого желудочка. У пациентов с выраженным кальцинозом и регургитацией на митральном клапане операция заключалась в иссечении митрального клапана и имплантации в его позицию искусственных протезов “ЭМИКС”, “ЛИКС”, “МИКС”, “Карбоникс”. При сочетанном поражении трикуспидального клапана непременным условием считали выполнение пластических операций на нем. Различные виды пластики левого предсердия были выполнены у 54 больных. При кальцинозе клапана с целью профилактики материальной эмболии использовали аортальную ловушку «сачок». Моделирование оптимальных сочетаний гемодинамических характеристик сократительного состояния показало, что у пациентов, перенесших протезирование митрального клапана (ПМК) с сохранением клапанного аппарата, практически всегда удается при минимальной фармакологической поддержке использовать закон Франка-Старлинга для поддержания адекватного кровообращения и оптимального сократительного состояния. ПМК с сохранением хордопапиллярного аппарата действительно оптимизируют насосную функцию левого желудочка.

Заключение. Повторные операции при митральном рестенозе с сохранением хордопапиллярного аппарата являются эффективным способом коррекции патологии митрального клапана.

0818 БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ И ПРОТЕЗИРОВАНИЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯНЫХ КЛАПАНОВ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ. РОЛЬ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ ЦЕНКИ

Селиваненко В.Т., Мартаков М.А., Дудаков В.А.
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

Цель исследования — определений показаний и сравнительная оценка эффективности реконструктивных операций и протезирования атриовентрикулярных клапанов при врожденной недостаточности, в зависимости от полиморфизма изменений клапанного аппарата и гемодинамических перегрузок.

Материалы и методы. С целью определения эффективности хирургического лечения при недостаточности атриовентрикулярных проведен анализ результатов у 75 пациентов в возрасте от 2 до 26 лет. Из них: 30 пациентов с неполной формой атриовентрикулярного канала, 1 больной с аномальным отхождением левой коронарной артерии от ствола легочной артерии, 2 пациента с дефектом вторичной межпредсердной перегородки, 31 с изолированной митральной недостаточностью, 10 больных аномалией Эбштейна, 1 – с дефектом аортолегочной перегородки. Все пациенты имели недостаточность 2-3 степени. Показатели насосной функции сердца и адекватность кардиальной и инотропной терапии определяли интраоперационно с помощью компьютерно-диагностической системы “Open Heart”. Дилатация клапанного кольца отмечена в 4 случаях и в 2 служила основной причиной недостаточности. Доминирующей патологией створок было: расщепление передней створки — 33 пациента — производилось ушивание створки узловыми швами. Двум больным осуществлено ушивание фенестрации передней створки. В 4 случаях выявлены изменения хорд и папиллярных мышц, требовавших вмешательства на них — резекции вторичных хорд и папиллотомии для мобилизации створок. У 8 больных с сочетанной трикуспидальной недостаточностью выполнена шовная аннулопластика. 15 пациентам произведено протезирование митрального клапана (механические протезы), 10 – протезирование трикуспидального клапана 7 механических и 3 биологических протеза). Протезирование митрального клапана с сохранением хордопапиллярного аппарата действительно оптимизируют насосную функцию левого желудочка. Указанные положительные изменения обусловлены тем, что благодаря восстановлению нормальной запирательной функции клапана посредством протеза при наличии сохраненных подклапанных структур в сердечном цикле вновь появляется фаза изоволюмического сокращения левого желудочка. Отдаленные результаты исследованы у больных на протяжении 12 лет у больных, перенесших реконструктивные операции и до 12 лет у пациентов после протезирования митрального, и 6 лет после протезирования трикуспидального клапанов.

Заключение. Реконструктивные операции при недостаточности атриовентрикулярных клапанов позволяют добиться адекватную запирательную функцию клапана, нормализовать гемодинамику и насосную функцию желудочков. У детей при невозможности выполнить пластическую коррекцию порока рекомендуется имплантировать малогабаритный протез.

0819 ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДИСПЛАЗИИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

Селиваненко В.Т., Ивашкин Б.В., Мартаков М.А., Дудаков В.А.
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

Цель исследования — определение показаний и оценка эффективности реконструктивных операций и протезирования аортального клапана при различных формах его дисплазии.

Материалы и методы. С целью определения эффективности хирургического лечения при дисплазии аортального клапана проведен анализ результатов у 78 пациентов возрасте от 2 до 46 лет. Из них: 70 (89,7%) пациентов с двустворчатым аортальным клапаном, 2 (2,5%) - с четырехстворчатым аортальным клапаном, 6 (7,8%) имели пролапс одной из трех створок с признаками миксоматозных изменений. У 38 пациентов выявлен изолированный стеноз двустворчатого аортального клапана с исходным градиентом систолического давления от 45 до 135 мм рт.ст. (в среднем 75 мм рт.ст.), у 42 пациентов аортальный стеноз сочетался с недостаточностью 2-3 степени. Сопутствующие сердечно-сосудистые аномалии наблюдались у 9 (11,5%) пациентов – коарктация аорты – 7, открытый артериальный проток – 1, врожденная недостаточность митрального клапана – 1. Морфологи-

ческая оценка проводилась с помощью световой микроскопии. Изолированный стеноз двустворчатого аортального клапана без сопутствующего кальциноза аортального клапана и регургитации на нем у 25 больных корригирован с помощью баллонной аортальной вальвулопластики. В результате градиент систолического давления левый желудочек/аорта после проведения баллонной дилатации не превышал 35 мм рт.ст. 35 больным выполнено протезирование аортального клапана в условиях искусственного кровообращения и фармакохолодовой кардиоплегии. Различные виды открытой вальвулопластики выполнены у 25 больных: 10 – в условиях бесперфузионной умеренной гипотермии, 15 – в условиях искусственного кровообращения. Показаниями к клапаносберегающим операциям при дисплазии аортального клапана являлись: отсутствие выраженных макроскопических изменений створок аортального клапана, пролапса створок, кальциноза клапана. Адекватность открытой вальвулопластики аортального клапана оценивали с помощью гидравлической пробы, а затем, после восстановления сердечной деятельности – с помощью чреспищеводной ЭхоКГ.

Отдаленные результаты, изученные у 25 больных, которым были выполнены пластические операции на аортальном клапане показали, что в первые пять лет после оперативного лечения происходит нарастание степени недостаточности аортального клапана, что в свою очередь приводит к ухудшению состояния больных и требует проведения повторных операций. Таким образом, пластические операции на аортальном клапане при его дисплазии, являясь по замыслу радикальными, по сути становятся паллиативными.

Заключение. Для правильного выбора метода коррекции аортального клапана и ее радикальности определяющее значение имеет точная топическая диагностика порока и своевременная ее выполнение до развития осложнений.

0820 ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА КЛАПАННОГО АППАРАТА СЕРДЦА

Селиваненко В.Т., Дудаков В.А., Мартаков М.А.
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

Цель исследования: Целью исследования явился анализ лечения больных с поражением клапанного аппарата сердца при инфекционном эндокардите и определение эффективности хирургической коррекции.

Материалы и методы: В отделении кардиохирургии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского за период с 1999 г. по 2005 г. прооперировано 107 пациентов в возрасте от 14 до 58 лет, из них мужчин- 59 (55%) и 48 женщины (45%). Средний возраст составил 41 год. Сроки обращения за специализированной помощью колебались от нескольких недель до 12 лет от первой атаки инфекционного эндокардита. Пациенты, подвергшиеся хирургическому лечению были разделены на три группы. Больных оперировали преимущественно в условиях искусственного кровообращения и фармакохолодовой кардиоплегии. В 1 группе с изолированным поражением аортального клапана 22 больных (20,6%): при хирургическом лечении во всех случаях выполнено протезирование аортального клапана в условиях искусственного кровообращения. Во 2 группе с изолированным поражением митрального клапана прооперированы 51 пациент (47,7%), причем у 14 больных выполнены пластические, реконструктивные, клапаносохраняющие операции. 37 пациентов подверглись операциям по протезированию митрального клапана. В 3 группе больных сочетанными многоклапанными пороками сердца оперативное лечение произведено у 34 больных (31,7%): протезирование аортального клапана и пластика митрального клапана-3; протезирование аортального и митрального клапанов-2; протезирование аортального, митрального клапанов и пластика трикуспидального клапана-3; протезирование митрального клапана и пластика аортального клапана-3; протезирование митрального клапана, пластика аортального и трикуспидального клапанов-3; протезирование митрального клапана и пластика трикуспидального клапана-13; пластика митрального и трикуспидального клапанов- 6. У одного пациента выполнено протезирование трикуспидального клапана в условиях ИК. Госпитальная летальность составила 8,4%, при чем, шесть больных погибло в результате прогрессирующей сердечной и полиорганной недостаточности, 1 пациент в результате сложных нарушений ритма сердца и двое больных в послеоперационном периоде от острого нарушения мозгового кровообращения.

Выводы: Активная хирургическая тактика позволяет значительно улучшать результаты оперативного лечения инфекционного эндокардита.

0821 СПОСОБ ОЦЕНКИ ДОСТОВЕРНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

Селиваненко В.Т., Дудаков В.А., Мартаков М.А.
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

Цель исследования: определение сроков своевременности лечения больных с поражением клапанного аппарата сердца при инфекционном эндокардите и определение эффективности хирургической коррекции.

Материалы и методы: За период с 1999г по 2005г прооперировано 107 пациентов в возрасте от 14 до 58 лет. 31,7% больных оперированы с многоклапанными пороками сердца (n=33): протезирование аортального клапана и пластика митрального клапана-3; протезирование аортального и митрального клапанов-2; протезирование аортального, митрального клапанов и пластика трикуспидального клапана-3; протезирование митрального клапана и пластика аортального клапана-3; протезирование митрального клапана, пластика аортального и трикуспидального клапанов-3; протезирование митрального клапана и пластика трикуспидального клапана-13; пластика митрального и трикуспидального клапанов- 6. У всех больных оценивали морфологию плазмы крови и мочи с применением метода клиновидной дегидратации биологических жидкостей, которые не имеют устойчивых связей в своей структуре. Поэтому на появление во внутренней среде организма новой химической субстанции отклик биожидкости является более оперативным и более выраженным по степени структурных изменений. Указанные изменения находят свое отражение в фации биожидкости в виде фиксированных концентрационных аутоволн с различными параметрами. Каждая волна характеризует какой-либо характерный для нее физико-химический процесс, который имел место в момент перехода жидкости в твердую фазу, т.е. в фацию. Конкретная расшифровка состава аутоволновых структур фации биожидкости раскрывает широчайшие возможности в определении развития тех или иных патологических процессов больного организма. При активном течении инфекционного эндокардита выявлялись изменения по типу «языков Арнольда» и «ковров Серпинского» в той или иной степени выраженности. В случаях полной деструктуризации фации диагностировали нежизнеспособный миокард, т.е. указывали на неоперабельность и даже инакурабельность пациентов.

Выводы: Внедрение а клиническую практику метода клиновидной дегидратации плазмы крои и мочи позволяет достоверно определять своевременность выполнения операции у больных инфекционном эндокардитом.

0822 ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ПРИМЕНЕНИЕМ МИОКАРДИАЛЬНЫХ ЦИТОПРОТЕКТОРОВ. ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Семенкова Г.Г., Селина Т. М., Бунина М.Н., Кокорева Л.В.
ВГМА имени Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Цель: анализ отдалённых результатов лечения больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с применением миокардиальных цитопротекторов.

Методы. За 2 года обследовано 120 больных ХСН III-IY ФК на фоне ИБС. Группа контроля (n=20) получала только базисную

терапию, первая основная группа (n=50) - дополнительно милдронат в суточной дозе 1,0 г и вторая (n=50) - предуктал МВ в дозе 70 мг. Цитопротекторы назначались 6-недельными курсами 3 раза в год. Контроль эффективности проводимой терапии осуществляли раз в полгода по данным теста 6-минутной ходьбы (ТШХ), шкалы оценки клинического состояния (ШОКС), ЭхоКГ (ФВ, МО, УО).

Результаты. Показатели повторных госпитализаций составили 22 в группе контроля, 19 - во второй группе и 16 - в первой. За период наблюдения умерло 6 пациентов: 3 из группы контроля, 1 из второй группы и 2 из первой группы. Анализ показателей ШОКС и ТШХ определил достоверную значимость различий в пользу первой группы, что демонстрировало более продолжительный период стабилизации ФК у данных больных. За первые 6 месяцев наблюдения по данным ЭхоКГ во всех группах отмечалась тенденция к повышению УО, МО, ФВ. Сравнение параметров показало достоверное улучшение систолической функции у больных первой группы ($p<0,05$).

Выводы. Использование миокардиальных цитопртекторов в комплексной терапии ХСН способствовало более быстрому регрессированию клинических проявлений ХСН. У пациентов, получающих милдронат, отмечалось достоверное улучшение исследуемых параметров.

0823 СТУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Семенова В. В., Закирова А. Н., Берг А. Г., Нуртдинова Э. Г.
ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», Уфа, Россия

На сегодняшний день доказано, что толщина комплекса интима-медиа общей сонной артерии является независимым предиктором нежелательных сосудистых событий у практически здоровых лиц, однако роль этого показателя в оценке прогноза у лиц с клиническими проявлениями атеросклероза до сих пор является предметом дискуссии.

Цель нашего исследования является оценка толщины комплекса интима–медия (ТКИМ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в зависимости от клинического течения ИБС и возраста.

Материалы и методы: обследовано 20 мужчин больных ишемической болезнью сердца с различным клиническим течением заболевания, средний возраст которых составил 60,2±9,3 лет. Из них со стенокардией напряжения II-IV ФК - 7 человек (I группа), с острым и ранее перенесенным инфарктом миокарда 14 человек (II группа). Структурное состояние общей сонной артерии (ОСА) оценивали по результатам дуплексного сканирования ОСА с измерением толщины комплекса интима-медия по задней стенке сосуда на 1.5 см ниже бифуркации.

Результаты: Среднее значение ТКИМ во II группе было достоверно выше, чем в I группе соответственно 1,24±0,23 и 1,17±0,25 (при $p<0,001$). Кроме того, нами установлена достоверная связь ТКИМ сонных артерий с возрастом больных. У больных в возрасте до 60 лет ТКИМ была достоверно ниже, чем у больных 60 лет и выше соответственно 1,12±0,2 и 1,37±0,19 (при $p<0,001$).

Выводы: Структурные изменения, выявленные при дуплексном сканировании ОСА, больных с ИБС достоверно связаны с тяжестью течения заболевания и с возрастом больных, что можно рассматривать в качестве предиктора развития острого инфаркта миокарда у больных ишемической болезнью сердца.

0824 ВОЗРАСТНЫЕ ПАЦИЕНТЫ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ОБРЕЧЕНЫ ЛИ НА ЕГО НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД

Семенова И.А., Иванова Т.Н., Семенов А.В., Варламов В.Ю.
СГМУ, Архангельск, Россия; МУЗ «Первая городская клиническая больница», Архангельск, Россия

Цель – исследовать факторы риска, определяющие исход острого инфаркта миокарда (ОИМ), в старших возрастных группах.

Материал и методы: исследование проведено по ретроспективному анализу 231 истории болезни пациентов с острым инфарктом миокарда в возрасте 30-80 лет, разного пола, имеющих различные факторы риска. В исследовании выделены две группы больных с наличием артериальной гипертензии и без неё. Критерием включения в группу лиц без артериальной гипертензии являлось: уровень офисного артериального давления, соответствующего категориям оптимального и нормального (ВНОК, 2004) при анализе амбулаторных карт пациентов. Все больные распределены по пяти возрастным группам (30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79). Выделены конечные точки - выписка пациенты без признаков декомпенсации сердечной недостаточности – это благоприятный исход; кардиогенный шок, прогрессирующая сердечная недостаточность, смерть больного, как неблагоприятный исход. Статистическая обработка данных проведена с использованием программы STATISTICA по методу χ^2. Различия считаются достоверными при $p<0,05$.

Распределение больных с благоприятным и неблагоприятным исходом ОИМ в разных возрастных группах (n=231) выглядело следующим образом. В возрастных группах 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79 лет число случаев с благоприятным исходом составило соответственно 13, 34, 60, 69, 28; тогда как с неблагоприятным исходом – 0,1,2,10,14. Анализируя полученные показатели можно сделать первоначальный вывод о достоверном увеличении числа пациентов с неблагоприятным исходом ОИМ в старших возрастных группах ($p < 0,001$).

Далее, все больные были разделены на две большие группы – с отягощенным анамнезом по артериальной гипертонии и без него. У больных без артериальной гипертонии в анамнезе благоприятный исход наблюдался в группе 30-39 лет у 5 пациентов, 40-49 лет у 15 пациентов, 50-59лет у 18 пациентов, 60-69 лет у 13 пациентов и 70-79 лет у 2 пациентов; неблагоприятный исход в группе 30–39 лет не наблюдался, в группе 40–49 лет наблюдался у 1 пациента, 50–59 лет у 1 пациента, 60–69 лет у 3 пациентов и в группе 70–79 лет неблагоприятных исходов так же выявлено не было. Статистический анализ показал отсутствие достоверного влияния возраста на исход ОИМ ($p = 0,537$) у лиц с отсутствием АГ в анамнезе. Распределение больных с артериальной гипертонией в анамнезе и различным исходом ОИМ выглядело следующим образом - благоприятный исход в группе 30-39 лет наблюдался у 8 пациентов, 40-49 лет у 19 пациентов, 50-59 лет у 42 пациентов, 60-69 лет у 56 пациентов и 70-79 лет у 26 пациентов; неблагоприятный исход в группах 30–39 и 40–49 лет не наблюдался, в группе 50–59 лет наблюдался у 1 пациента, 60–69 лет у 7 пациентов, 70 – 79 лет у 14 пациентов. Сочетание отягощенного анамнеза по АГ у лиц с ОИМ с увеличением возраста является достоверно ($p<0,001$) неблагоприятным предиктором исхода ОИМ.

Таким образом, можно сделать вывод – возраст не является фактором риска, определяющим неблагоприятный исход острого инфаркта миокарда. При наличии же артериальной гипертонии в старших возрастных группах достоверно увеличивается число больных с неблагоприятным исходом заболевания.

0825 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК МАНИФЕСТАЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Семихненко И.Н., Скорик В.С., Урванцева И.А.
ОКД «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут, Россия

Выделение метаболического синдрома, как симптомокомплеса связанных патологических состояний, имеет большое клиническое значение, поскольку, с одной стороны, он является обратимым и при соответствующем лечении можно добиться исчезновения или уменьшения выраженности основных его проявлений, с другой стороны, он предшествует возникновению таких заболеваний как сахарный диабет 2 типа и атеросклероз.

Цель: выявить распространенность основных признаков метаболического синдрома (МС) у пациентов с впервые выявленной артериальной гипертензией (АГ).

Методы исследования: в дополнение к общему клиническому обследованию проводились расчет индекса массы тела

(ИМТ) и отношения ОТ/ОБ, исследование липидного спектра с электрофорезом липопротеидов, глюкозы крови натощак, гликозилированного гемоглобина и теста толерантности к глюкозе, суточное мониторирование АД, а также обследования согласно стандарта для исключения вторичной АГ.

Полученные результаты: проанализировано 50 амбулаторных карт пациентов в возрасте 30-47 лет с первые установленным диагнозом эссенциальная АГ. Из них 18 женщин, 32 мужчин, средний возраст обследованных составил 39,2 года.

Наиболее частым критерием МС в обследуемой группе было повышение ИМТ, при этом учитывался только абдоминальный тип ожирения (превышение ОТ для женщин 88см, для мужчин – 102см, при ОТ/ОБ>1). Так, I степень ожирения выявлена у 22, II степень – у 3, III степень – у 1 пациента. У 1 обследованного обнаружена тяжелая форма ожирения (ИМТ >45 кг/м^2). Изолированная гиперхолестеринемия выявлена у 15 пациентов. Сочетанное повышение уровней холестерина и триглицеридов диагностировано у 7 обследованных, при чем выраженная дислипидемия выявлена у 3 из них. У 6 обследованных пациентов обнаружено повышение глюкозы крови натощак. При более тщательном изучении углеводного обмена у 5 из них диагностировано нарушение толерантности к глюкозе, а у 1 – впервые выявленный сахарный диабет 2 типа.

По рекомендациям ВОЗ (2002г) сочетание трех и более перечисленных признаков рассматривается как МС. В обследованной нами группе пациентов с первые диагностированной эссенциальной АГ неполный метаболический синдром выявлен у 19, полный МС – у 4 человек.

Вывод. Взаимосвязь МС с сердечно-сосудистыми заболеваниями не вызывает сомнений. Ещё в 1989 г. N. Kaplan определил данное сочетание признаков как “смертельный квартет”.

Диагностика МС, по мнению ряда авторов, базируется, прежде всего, на определении АД. Проведенное нами исследование продемонстрировало, что в 46% случаев впервые выявленная эссенциальная АГ является предиктором манифестации МС. Поэтому только полное и всестороннее обследование таких пациентов позволит назначить более раннее и патогенетически обусловленное медикаментозное лечение.

0826 ВЛИЯНИЕ ВЫСОКО НОРМАЛЬНОГО УРОВНЯ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА НА СТРУКТУРУ И ФУНКЦИЮ СЕРДЦА

Сёмченкова М.Ю.[1], Козырев О.А.[1], Изотов А.М.[2], Гурова Н.В.[3]
ГОУВПО «Смоленская государственная медицинская академия Росздрава»[1], Смоленск, Россия; НУЗ «Отделенческая больница ст.Смоленск ОАО «РЖД»[2], Смоленск, Россия; ГУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи»[3], Смоленск, Россия

Цель: изучение влияния высоко нормального уровня ТТГ (2,1 – 4,2 мЕд/л) на структурные и функциональные показатели сердца у женщин репродуктивного возраста, проживающих на территории умеренного дефицита йода на примере г. Смоленска.

Материалы и методы исследования. Обследовано 98 женщин репродуктивного возраста (18 – 45 лет), считающих себя здоровыми. Проведено определение тиреоидного статуса (ТТГ, свободная фракция Т4) с использованием иммунолюминометрического анализа. Значение ТТГ 2,1–4,2 мЕ/л принято за высоко нормальный уровень. Допплерографическое исследование сердца проведено в соответствии со стандартами. Определялись основные размеры камер, толщина стенок сердца, определялись показатели трансмитрального потока. Статистическая обработка данных с использованием параметрических и непараметрических критериев.

Результаты. Женщины разделены на 2 группы: группа с уровнем ТТГ 0,5–2,0 мЕ/л – 78 женщин, группа с уровнем ТТГ 2,1–4,2 мЕд/л – 22 женщины. Группы сопоставимы по уровню свТ4, числу курящих, индексу массы тела. При сравнении данных ЭхоКГ выявлено: в группе женщин с уровнем ТТГ >2,0мЕд/л выше на 10% конечный диастолический размер (p=0,003), на 10% толще межжелудочковая перегородка (p=0,004), на 10% тоньше задняя стенка левого желудочка (p=0,046, по критерию Колмогорова-Смирнова p=0,000015) и меньше размер правого предсердия (p=0,052 с подтверждением по критерию Колмогорова-Смирнова с p=0,011). При сравнении показателей трансмитрального потока у женщин с высоко нормальным уровнем ТТГ значения медианы пика А) выше на 10% (p=0,04), DTE выше на 10% (p=0,03), IVRT выше на 10% (p=0,02) по сравнению с группой женщин со значениями ТТГ до 2,0 мЕд/л. Выявлена слабая положительная корреляционная связь между уровнем ТТГ и КДР (r=0,21, p=0,042), слабая положительная корреляционная связь между уровнем свТ4 и DTE (r=0,20, p=0,0496). Полученные изменения структурно – функциональных показателей сердца подобны таковым у лиц с субклиническим гипотиреозом по сравнению с эутиреоидными лицами.

Дополнительно женщины разделены на регулярно использующих йодированную соль и ее не использующих. У женщин, не использующих йодированную соль отмечено большее значение медианы DTE (p=0,04), и различия IVRT (p=0,04).

Выводы. Таким образом, снижение функции щитовидной железы с уровня ТТГ >2,0мЕд/л оказывает влияние на структуру и функциональную способность миокарда левого желудочка сердца. Это дает основание считать такой уровень активности щитовидной железы минимальной тиреоидной недостаточностью. Недостаточное поступление йода в организм женщин способствует изменению показателей диастолической функции.

0827 РОЛЬ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ В МЕХАНИЗМАХ ПОЛОВЫХ РАЗЛИЧИЙ В БАЗАЛЬНОЙ И СТРЕССОРНОЙ СЕКРЕЦИИ ОКСИДА АЗОТА У НОРМОТЕНЗИВНЫХ И ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРЫС

Семячкина-Глушковская О.В., Анищенко Т.Г., Синдякова Т.А., Русяева Т.С.
ГОУ ВПО «Саратовский государственный университет имени Н.Г.Чернышевского», Саратов, Россия

Целью данного исследования явилось изучение влияния кастрации на содержание оксида азота (NO) в крови у самок и самцов нормотензивных и гипертензивных крыс в условиях покоя и стресса.

Эксперименты были выполнены на 352 кастрированных нормотензивных и гипертензивных крысах разного пола. Для индуцирования гипертензии была использована модель почечной гипертонии Голдблета (2 почки, 1 клипса). Содержание NO в крови определяли в покое, при стрессе (на 5 и 60 мин иммобилизации) и после его отмены (на 5 и 60 мин) по наличию нитритов в крови с применением реактива Грисса. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы Statistica 5.0.

Результаты опытов показали, что кастрация сопровождалась снижением базальной продукции NO, причем более существенно у гипертензивных самок по сравнению с нормотензивными женскими особями. В отличие от самок, как у нормотензивных, так и у гипертензивных самцов гонадоэктомия не влияла на базальную секрецию NO. В результате в условиях покоя у кастрированных крыс по сравнению с интакными половые различия в содержании NO нивелировались как у нормотензивных, так и у гипертензивных животных. Отметим, что у интактных крыс базальные уровни NO были выше у самок по сравнению с самцами как у нормотензивных, так и у гипертензивных животных.

В условиях дефицита половых гормонов отмечались существенные изменения в стрессорной динамике секреции NO, наблюдаемые также лишь у самок, но не у самцов. На фоне снижения активности NOергической системы под влиянием кастрации у женских особей отмечалось подавление стрессорной продукции NO, проявляющееся в более выраженной степени у гипертензивных самок по сравнению с нормотензивными самками.

Важно отметить, что несмотря на отсутствие половых различий в базальных уровнях NO у кастрированных животных, при стрессе содержание NO в крови было значительно выше у самок по сравнению с самцами как у нормотензивных, так и у гипертензивных крыс.

Кастрация сопровождалась существенным нарушением восстановительных процессов, проявляющихся в неадекватно

длительной постстрессорной секреции NO, наблюдаемой у нормотензивных самок и у гипертензивных самок и самцов.

Таким образом, результаты исследования обнаружили существенное влияние эстрогенов, но не андрогенов на секрецию NO при различных функциональных состояниях организма, что выявляет один из возможных механизмов повышенной активности NOергической системы в женском организме по сравнению с мужским. Кроме того, мы обнаружили, что при патологических состояниях усиливается контролирующее влияние не только эстрогенов, но и андрогенов в отношении активности NOергических механизмов. Таким образом, модулирующая роль половых гормонов в отношении секреции NO меняется в зависимости от функционального состояниях организма.

0828 ЧАСТОТА РАЗРЫВА СВОБОДНОЙ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОВОДИМОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Сергеева Е.Ю., Фурман Н.В., Пучиньян Н.Ф., Щетинкина И.Н., Раковский М.Е.
ФГУ Саратовский НИИ кардиологии, Саратов, Россия

Разрывы миокарда (разрыв межжелудочковой перегородки, разрыв свободной стенки левого желудочка, отрыв/ разрыв папиллярных мышц) – одно из наиболее тяжелых осложнений острого периода инфаркта миокарда (ИМ), а разрыв свободной стенки левого желудочка (РСС ЛЖ) наиболее частая, после острой сердечной недостаточности, причина смерти пациентов с острым инфарктом миокарда. В литературе приводятся сведения, что ТЛТ ассоциируется с относительным увеличением частоты РСС ЛЖ у больных инфарктом миокарда, особенно старших возрастных групп, что, однако, компенсируется снижением общей смертности.

Цель: оценить частоту возникновения разрывов миокарда левого желудочка как причины смерти больных ИМ, в зависимости от проведения тромболитической терапии (ТЛТ).

Методы исследования: Проанализировано частота возникновения РСС ЛЖ среди 475 больных ИМ, находившихся на лечении в 2007 г.. Средний возраст пациентов 52,6±9,3. 382 пациента поступили в первые 24 часа от начала болевого приступа. 137 пациентам по показаниям проводилась ТЛТ, использовались препараты альтеплаза, тенектеплаза и рекомбинантная проурокиназа.

Результаты: Общее число умерших в период госпитализации 43 человека (9,05%). Из пациентов, которым проводилась ТЛТ, умерло 8 человек (5,8%). Среди пациентов, которым ТЛТ не проводилась, умерло 35 человек (10,3%). По результатам аутопсии, у 5 пациентов, получавших ТЛТ (1,4% от общего числа пациентов в группе) и у 5 больных, которым ТЛТ не проводилась (3,6% от общего числа пациентов в группе), был диагностирован РСС ЛЖ.

Среди причин смерти среди всех пациентов доля РСС ЛЖ составила 23,2%, в группе с ТЛТ 62,5%, а в группе без ТЛТ– 14,3%.

Выводы: Основные причины смерти в остром периоде инфаркта миокарда: острая левожелудочковая недостаточность и РСС ЛЖ. Проведение ТЛТ ассоциируется со снижением летальности больных ИМ при увеличении относительной частоты РСС ЛЖ как непосредственной причины смерти.

0829 ВАРИАНТЫ СИНДРОМА СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

Сергеев А.И., Луцюк Б.В., Вадюхина М.В., Иванов А.С.
Военно-медицинская академия им. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Цель: Проанализировать и выявить наиболее частые варианты синдрома слабости синусового узла у молодых людей.

Методы: Проанализированы заключения 568 электрокардиограмм (ЭКГ), записанные у людей в возрасте от 18 до 50 лет с признаками синдрома слабости синусового узла (СССУ). 90% ЭКГ были зарегистрированы во время стационарного лечения военнослужащих. ЭКГ мужчин составляли 83%.

Результаты: Наиболее часто СССУ проявляется на ЭКГ в виде синусовой брадикардии с частотой сокращения сердца ниже 50 в минуту. ЭКГ с такой патологией оказалось 373. Наджелудочковый замещающий ритм был определен на 192 ЭКГ. Третье место по частоте диагностики заняла синоатриальная блокада.

Редко на ЭКГ молодых людей были зарегистрированы случаи бради- тахикардитического синдрома и пароксизмов фибрилляции предсердий. Они составили лишь 4,7% от всех ЭКГ с признаками СССУ. На двух ЭКГ был зафиксирован не продолжительный отказ сино-предсердного узла проводящей системы сердца. Комбинация вариантов СССУ на одной ЭКГ наблюдалось в 3-х процентах.

Вывод: У взрослых людей не старше 50 лет на ЭКГ могут быть выявлены все варианты СССУ. Чаще всего при этом наблюдается синусовая брадикардия, очень редко тахи-брадикардия с фибрилляцией предсердий.

0830 ВНУТРИСЕРДЕЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА

Сергеева-Кондраченко М.Ю., Бартош Л.Ф.
ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, Пенза, Россия

Цель исследования: оценить влияние длительности сахарного диабета (СД) 1 типа и компенсации углеводного обмена на параметры внутрисердечной гемодинамики.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленной цели у 127 больных СД 1 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 изоволюмического расслабления миокарда. Группу сравнения составили 125 здоровых добровольцев сравнимых по полу и возрасту.

При изучении размеров камер сердца и измерениях показателей трансмитрального кровотока использовался аппарат ультразвуковой диагностики “Sim 5000 D Plus” фирмы “Рос-Биомедика” (Россия-Италия) с допплеровской приставкой.

Результаты и их обсуждение. Все больные, принимающие участие в исследовании, были разделены на 3 группы в зависимости от длительности СД 1 типа и компенсации углеводного обмена: 1-я – больные СД 1 типа с продолжительностью заболевания до 5 лет (без осложнений СД) – 42 больных (21 – субкомпенсация, 21 - декомпенсация), 2-я группа – продолжительность СД 1 типа от 5 до 10 лет (с проявлениями микроангиопатии и нейропатии) – 42 больных (20 - субкомпенсация, 22 – декомпенсация) и 3-я группа – больные СД 1 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.

Выявлено, что у больных СД 1 типа с продолжительностью заболевания до 5 лет, находящихся в состоянии субкомпенсации углеводного обмена, уже отмечаются изменения диастолической функции ЛЖ, которые более выражены на фоне декомпенсации углеводного обмена.

У больных с продолжительностью СД от 5 до 10 лет, находящихся в состоянии субкомпенсации углеводного обмена, изменяется один показатель - Ve/Va, а при декомпенсации: КДО ЛЖ, Ve, Ve/Va. При декомпенсации углеводного обмена и продолжительности СД 1 типа более 10 лет отмечены более выраженные изменения КДО ЛЖ, Ve/Va и Ve. Так, КДО ЛЖ составил 124,7±22,9 мл, что превышает показатели здоровых лиц и больных с субкомпенсацией углеводного обмена - 72,8±11,7 мл и 118,1±18,3 мл соответственно ($p<0,05$). Ve/Va у данной группы больных составило 1,16±0,07 отн.ед., что достоверно ниже по сравнению со здоровыми и больными с субкомпенсированным углеводным обменом. Величина Ve у больных СД 1 типа при декомпенсации углеводного обмена была ниже, чем у здо-

ровых лиц - 0,59±0,03 м/с и 0,78±0,06 м/с соответственно (p<0,05).

Вывод. Таким образом, у больных СД 1 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 изменяются КДО ЛЖ и Ve/Va, а наиболее выраженные изменения отмечаются при декомпенсации углеводного обмена по сравнению с компенсированными больными и в дебюте заболевания.

0831 ДИСФУНКЦИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ КОМПЕНСАЦИИ И НАЛИЧИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Сергеева О.Е., Кратнов А.Е.
Государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Диастолическая дисфункция, которая является важным маркером прогноза сердечно-сосудистых заболеваний, наблюдается уже у бессимптомных больных с сахарным диабетом 2 типа (СД). Полагается, что в основе ее развития, в отличие от систолической дисфункции, наличие которой определяется сопутствующей артериальной гипертензией (АГ), лежит нарушение симпатической иннервации миокарда.

Цель исследования – изучение дисфункции миокарда у больных СД в зависимости от компенсации углеводного обмена и наличия сопутствующей АГ.

Материалы и методы. Обследовано 55 больных СД (средний возрасте 50,2±6,6 лет), из которых 26 (47,3%) были с впервые выявленным заболеванием. Эхокардиографическое исследование проводилось на ультразвуковом сканере Philips “En Visor C”. Систолическая дисфункция левого желудочка (ЛЖ) диагностировалась при фракции выброса левого желудочка менее 50%. Диастолическая дисфункция изучалась с помощью метода допплерэхокардиографии трансмитрального диастолического потока и потока легочных вен. Наличие диастолической дисфункции определялось согласно нормативам, предложенным рабочей группой Европейского общества кардиологов. Выделяли три типа наполнения ЛЖ: с замедленной релаксацией, псевдонормальный и рестриктивный.

Результаты и обсуждение. Среди обследованных пациентов 37(67,2%) имели сопутствующую АГ, у 47 (85,4%) больных при поступлении в стационар выявлялась декомпенсация СД (гликозилированный гемоглобин более 6,5%). У 32 (68,1%)2 (68ированных больных было 15 было 15 (83,3%) без АГ и ой релаксацией, псевдонормальный и рестриктивный.ензии, лежит нарушени декомпенсированных больных выявлялась АГ. Систолическая дисфункция у обследованных пациентов не диагностировалась (фракция выброса ЛЖ 59,5±5%), диастолическая дисфункция наблюдалась у 29 (52,7%) больных с СД. Нарушение диастолической функции чаще встречалось в группе больных СД с сопутствующей АГ (56,7% >44,4%), по сравнению с больными без гипертонии, а также у пациентов с декомпенсированным СД (55,3% >37,5%). У данных больных чаще встречалось уменьшение диастолической растяжимости (податливости) камеры ЛЖ. Среди типов наполнения ЛЖ у больных с диастолической дисфункцией наиболее часто выявлялось нарушение его релаксации (77,7%). При этом у декомпенсированных больных и пациентов с наличием АГ чаще встречался псевдонормальный тип наполнения левого желудочка (25%>0% и 26,3%>12,5% соответственно). Более тяжелое нарушение диастолической функции было связано с АГ, поскольку ее наличие у декомпенсированных пациентов, по сравнению с такой же группой без гипертонии, приводило к росту в 2 раза псевдонормального типа (29,4%>14,2%) наполнения ЛЖ. Это подтверждает то, что у декомпенсированных больных СД с сопутствующей АГ, в отличие от пациентов без гипертонии, чаще встречалось ремоделирование ЛЖ (21,8%>13,3%) за счет концентрической (14,2%>0%) и эксцентрической гипертрофии (14,2%>0%).

Заключение. Диастолическая дисфункция встречается почти у половины больных с СД без АГ, наличие которой приводит к ее утяжелению за счет уменьшения диастолической растяжимости камеры и более частому появлению псевдонормального типа наполнения ЛЖ.

0832 ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК И КОМПЛАЕНТНОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Серов В.А., Шутов А.М., Малышева Е.В., Хитяева С.В.
ГОУ ВПО УлГУ, Ульяновск, Россия

Последнее столетие характеризовалось не только увеличением средней продолжительности жизни населения, но и ростом распространенности сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе хронической сердечной недостаточности (ХСН). Ожидается, что в ближайшие 20–30 лет распространенность ХСН возрастет на 40–60%. Значительная часть больных сердечно-сосудистой патологией имеет снижение функции почек. Остается до конца не выясненным, какие факторы влияют на функциональное состояние почек при ХСН.

Целью нашего исследования явилось изучение зависимости функционального состояния почек у больных ХСН от приверженности пациентов к лечению, основными группами лекарственных средств.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 60 больных ХСН (34 мужчин и 26 женщин). Средний возраст больных составил 57,1±9,7 лет. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) 1 функционального класса (ФК) выявлена у 5 больных, 2 ФК – у 19, 3 ФК – у 20 и 4 ФК – у 16 пациентов. Причинами ХСН были: ишемическая болезнь сердца (ИБС) у 6 больных, гипертоническая болезнь (ГБ) у 6 пациентов, сочетание ИБС и ГБ – у 35, дилятационная кардиомиопатия – у 4, пороки сердца – у 9 больных. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывали по формуле MDRD. Хроническую болезнь почек (ХБП) диагностировали согласно NKF K/DOQI, Guidelines, 2002.

Результаты. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) были назначены 53 пациентам, антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА) – 13 больным, бета-адреноблокаторы (БАБ) – 56, сердечные гликозиды (СГ) – 16, диуретики – 46 больным. Ежедневно принимали ИАПФ 34 больных (64,2% от числа пациентов, которым ИАПФ были назначены), АРА – 7 (53,8%), БАБ – 30 (53,6%), СГ – 7 (43,8%), диуретики – 16 (34,8%). Хроническая болезнь почек была выявлена у 19 больных (31,7%), в том числе при ХСН 1 ФК – у 1 пациента, при ХСН 2 ФК – у 7, при ХСН 3 ФК – у 6 и при ХСН 4 ФК – у 5 больных. Среди больных ХСН и ХБП достоверно более часто (p<0,05) отмечались случаи отказа от применения ИАПФ и АРА. Отказ от использования БАБ, СГ и диуретиков не был связан с развитием ХБП.

Выводы: 1. Больные ХСН наиболее привержены к лечению препаратами из групп ИАПФ, АРА и БАБ, наименее привержены к ежедневному приему диуретиков.

2. Хроническая болезнь почек выявлена у трети больных с ХСН.

3. Хроническая болезнь почек у больных ХСН чаще выявляется у пациентов нарушающих рекомендации врача по приему ИАПФ и АРА.

0833 ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕНЕРИКОВ АМЛОДИПИНА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Сидоренкова Н.Б., Журавлева А.Н., Манукян А.В.
ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет Росздрава», Барнаул, Россия

Целью исследования явилось изучение фармакоэкономической эффективности некоторых генериков амлодипина у пациентов с артериальной гипертонией.

Материал и методы. В исследование было включено 69 пациентов в возрасте 46,3±4,3 лет с артериальной гипертонией 1-2 степени высокого риска (ВНОК, 2004). После 7-дневного отмывочного периода пациентов рандомизировали на три группы, в которых параллельно были назначены норваск ("Pfizer», США), тенокс («KRKA, Словения) и калчек («IPCA Laboratories Ltd», Индия) в дозе 5-10 мг однократно в сутки. Исходно и через 4 недели монотерапии проводили суточное мониторирования артериального давления (АД), эхокардиографию, транскраниальную допплерографию средней мозговой артерии. Фармакоэкономический анализ был проведён методом «стоимость/эффективность» по формуле: CER=C/Ef, где CER – показатель «стоимость/эффективность», отражающий затраты на больного с достигнутым эффектом лечения, С – прямые медицинские затраты на одного пациента, Ef- эффективность лечения. Для статистического анализа была использована программа «Statistica, 6». Различия считали достоверным при p<0,05.

Результаты исследования. Через 4 недели монотерапии среднесуточное АД при использовании норваска снизилось на 15,4% (p<0,001), при назначении тенокса - на 14,8% (p<0,001), калчека - на 14,3% (p<0,001). При этом средняя суточная доза норваска составила 7,5 мг, тенокса - 8,1 мг, калчека - 9,3 мг. Учитывая стоимость упаковки каждого из использованных средств, была рассчитана стоимость 4-недельной монотерапии препаратами амлодипина. Наибольшая цена лечения была в группе норваска, наименьшая – калчека. С учетом полученных показателей стоимости лечения, а также величины снижения АД на фоне изученных препаратов для каждого пациента были рассчитаны коэффициенты «стоимость/эффективность». В среднем по группам наибольшее значение коэффициента «стоимость/эффективность» было характерно для норваска, наименьшее – для калчека. С учетом сопоставимой гипотензивной эффективности различных амлодипинов, нами были использованы дополнительные показатели, отражающие влияние препаратов на суточный профиль АД, частоту сердечных сокращений (ЧСС), а также показатели церебрального кровотока. Выявлены статистически значимые различия между норваском, теноксом и калчеком по влиянию на индекс времени систолического и диастолического АД, суточный индекс АД и ЧСС при сопоставимом достоверном изменении цереброгемодинамических индексов пульсативности и резистентности. В связи с этим, был рассчитан интегративный коэффициент «стоимость/эффективность» как сумма коэффициентов «стоимость/эффективность» по выбранным показателям, соотнесенная к 3, который составил для норваска – 35,6, тенокса – 29,3, калчека – 28,5.

Таким образом, с учетом влияния на показатели нагрузки давлением, суточный ритм АД, частоту сердечных сокращений, а также индексы пульсативности и резистентности, выбранные для фармакоэкономического анализа, наиболее затратным является норваск. Тенокс и калчек имеют сопоставимую фармакоэкономическую эффективность при артериальной гипертонии высокого риска.

0834 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ТЕСТОВ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Сидоренко Г.И., Комиссарова С.М, Станкевич В.И., Погудо О.А.
ГУ Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь

Цель: оценить возможность выполнения, переносимость и результаты проб с физической нагрузкой у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза.

Материалы и методы: исследовали 32 больных ИБС (средний возраст 45,6±3,7 лет, все мужчины) с ХСН II–III ФК по NYHA с верифицированным при коронарографии двух-трехсосудистым поражением коронарных артерий, с фракцией выброса (ФВ) левого желудочка <45% в срок не менее 3 месяцев после перенесенного инфаркта миокарда перед проведением реваскуляризации миокарда. До включения в исследование проводили холтеровское мониторирование ЭКГ для выявления потенциально злокачественных желудочковых аритмий и выполняли тест 6-ти минутной ходьбы (6ТХ) с определением дистанции ходьбы и выполненной работы. Рассчитывались работа (А, Дж) по формуле Gavagna C.F., 1976) A=m·(0,657·t +1,19·S), где: m-вес тела (кг), t – время ходьбы (с), S–расстояние (м), мощность (W, Вт) по формуле W= A/t и метаболическая стоимость (МЕТ) по формуле: МЕТ = (13·W/m +3,5)/3,5. Клинические данные и результаты 6ТХ использовали для объективизации ФК ХСН и выбора оптимального нагрузочного протокола тестирования. Нагрузочное тестирование проводили с использованием тредмила «Welsh Allyn», модуля рабочей станции «Cardio Perfect».

Результаты: среди обследованных больных ХСН у 12 пациентов был выявлен II ФК, у 20 – III ФК ХСН. Пациенты с III ФК ХСН (15%), выполнившие 6ТХ с низкой толерантностью к физической нагрузке (дистанция менее 280±23,8 м, работа менее 4±0,3 МЕТ) последующее тестирование на тредмиле не проводили. Всем пациентам с II ФК ХСН, выполнившим 6 ТХ с высокой толерантностью к физической нагрузке (дистанция ходьбы 480±38,5 м, метаболическая стоимость 8,4±0,6 МЕТ), проводили тредмил-тест по модифицированному протоколу Bruce. Продолжительность нагрузки составляла 11,2±1,8 мин, уровень нагрузки 8±0,8 МЕТ, основным лимитирующим симптомом была одышка и усталость. Среди пациентов с III ФК ХСН 8 (40%) больных выполняли 6 ТХ с высокой толерантностью к нагрузке (дистанция 420±36,8 м, выполненная работа 7±0,7 Мет) и в последующем им проводили тредмил-тест по модифицированному протоколу Bruce (продолжительность нагрузки 11±1,4 мин, уровень нагрузки 7±0,7 МЕТ). 12 (60%) пациентов с III ФК выполняли 6 ТХ с низкими показателями физической работоспособности (дистанция ходьбы 350±34,5 м, выполненная работа 4,2±0,3 МЕТ), что являлось основанием для проведения тредмил-теста по модифицированному протоколу Bruce с уменьшенной продолжительностью каждой ступени на 1 минуту. Продолжительность нагрузки у этих пациентов составила 4,5±0,03 минуты, выполненная работа – 3,5±0,2 МЕТ. Основным лимитирующим симптомом была усталость.

Выводы: Использование теста 6-минутной ходьбы с количественной оценкой работоспособности позволяет провести отбор больных ХСН для последующего проведения тестов с физической нагрузкой (тредмил-тест) и выделить пациентов с низкой физической работоспособностью для выбора более оптимального протокола нагрузочного тестирования. Интенсификация пробы на тредмиле за счет ее ускорения на 1 минуту при использовании модифицированного протокола Bruce позволяет пациентом с низкой физической работоспособностью выполнять более значительную нагрузку.

0835 ТРОМБОГЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ: ЛАБОРАТОРНЫЙ КОНТРОЛЬ И МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ

Симерзин В.В., Кириченко Н.А., Рубаненко О.А.
ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава», Самара, Россия

Цель. Оценить изменения показателей гемостаза у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и гипертонической болезнью (ГБ) с дислипидемией, резистентной к медикаментозному лечению, в ходе плазмафереза с целью профилактики и коррекции тромбогенных нарушений.

Материалы и методы. Обследовано 12 больных ИБС и ГБ с дислипидемиями, получающих плазмаферез. Всем больным исследовался липидный профиль (общий холестерин (ОХ), триглицериды (ТГ), ЛПНП, ЛПВП, К/А), показатели свертывающей системы крови (сосудисто - тромбоцитарное звено: количество тромбоцитов, АДФ - индуцированная агрегация тромбоцитов, фактор Виллебранда; коагуляционное звено гемостаза: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновый индекс (ПТИ), МНО, тромбиновое время (ТВ), фибриноген; D – димер). Обследование проводилось до лечения, после последнего сеанса и через месяц на фоне применения статина (крестора 10 мг или симло 20 мг) и тромбо Асс 50 мг.

Результаты. В ходе плазмафереза ОХ снизился на 29,6%, ТГ на 16,2%, ЛПНП на 40,8%, ЛПВП на 17,6%. Через месяц после плазмафереза на фоне приема статина ОХ увеличился на 3,5%, ТГ снизились на 28,6%, ЛПНП увеличились на 17,2%, ЛПВП уменьшились на 21,4% в сравнении с последней величиной. До лечения у 33,3% больных отмечалось повышение фактора Виллебранда, у 50% больных удлинение времени начала АДФ – агрегации, повышение содержания фибриногена у 50% больных, удлинение времени АЧТВ также у 50% пациентов. Уровень D – димера у 16% больных был в норме и у 84% значительно повышен, что свидетельствовало об интенсивности фибринообразования и последующем лизисе фибрина под действием плазмина, т.е. увеличении тромбогенного потенциала крови. После последнего сеанса отмечалось удлинение времени начала АДФ – агрегации у 40% больных. Фактор Виллебранда у 20% оставался выше нормы, у 20% ниже нормы. Показатели коагуляционного гемостаза значительно не изменялись в ходе лечения. Уровень D – димера снижался, но оставался выше нормальных показателей. Через месяц после плазмафереза на фоне проводимой гиполипидемической и дезагрегантной терапии АДФ – агрегация и фактор Виллебранда у всех пациентов были в пределах нормы. Показатели коагуляционного гемостаза также находились в пределах нормативных значений. Уровень D – димера у 50% больных оставался выше нормы, у 50% достиг целевого уровня.

Выводы. У больных с резистентными формами дислипидемий в целом отмечалась наклонность к гиперкоагуляции, наиболее информативными маркерами тромбинемии явились повышение содержания D – димера и АДФ - агрегация. Проведение плазмафереза не сопровождалось осложнениями, в том числе со стороны системы гемостаза. Применение плазмафереза и в последующем статинов сопровождалось снижением показателей липидного спектра, уровня фактора Виллебранда, содержания D – димера и нормализацией времени начала АДФ – агрегации. У больных с резистентными формами дислипидемий показано назначение плазмафереза с последующим применением статинов.

0836 МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Симерзин В.В., Грязнова Д..А.
ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Росздрава, Самара, Россия

Дислипидемия (ДЛ) является одним из основных компонентов метаболического синдрома (МС) и важнейшим фактором риска ССЗ и их осложнений. Для больных МС наиболее характерными нарушениями показателей липид-транспортной системы является в основном гипертриглицеридемия, повышение ХС ЛПНП, снижение ХС ЛПВП.

Цель исследования: изучить эффективность и безопасность применения фибратов у пациентов с гипертриглицеридемией при МС.

Материал и методы: Проведена оценка лечения ДЛ у 80 больных с МС, которые наблюдались в Самарском областном центре по лечению и профилактике дислипидемий и атеросклероза в течении 2007 года. Средний возраст составил 52,7±4,1 года. У всех пациентов наблюдалось абдоминальное ожирение и АГ. Изолированное повышение триглицеридов (ТГ) выше 1,7 ммоль/л наблюдалось у 8 (10%) больных, повышение холестерина (ХС) липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) выше 2,6 ммоль/л у 7 (9%) снижение ХС липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) ниже 1 ммоль/л у мужчин и 1,3 моль/л у женщин 15 (19%), комбинированная дислипидемия- у 50 (65%) пациентов. Из них повышение триглицеридов у 30 человек.

У всех пациентов был повышен коффициент атерогенности. Пациенты были разделены на две группы. Первая группа получала стандартную терапию. Второй группе назначали фенофибрат (липантил 200 М) -200 мг в сутки.

Эффективность оценивали через 20 недель, переносимость через 12 и 18 недель на основании уровней аланиновой аминотрансфераза (Алат), аспарогиновой аминотрансферазы (Асат) и креатинфосфокиназы (КФК).

Результаты: По сравнению с контрольной группой в группе с применением фибрата уровень ТГ снизился с 5,8±0,19 до 3,4±0,12 ммоль/л, уровень ХС ЛПВП повысился с 0,7±0,21 до 1,1±0,19 ммоль/л, уровень общего ХС снизился с 7,4±0,28 до 5,9±0,18 ммоль/л. ХС ЛПНП снизился с 4,4±0,26 до 3,0±0,21 ммоль/л. Отмены препарата не было.

Выводы: Анализ проведенной фармакотерапии показал, что применение фибратов Липантила 200 М оказался эффективным и безопасным.

Липантил 200 М более значительно снижал ТГ и повышал ЛПВП и также оказывал положительное влияние на ОХ и ХС ЛПНП. Таким образом данный препарат может быть рекомендован для коррекции ДЛ и особенно гипертриглицеридемии при МС.

0837 РАСПРОСТРАННЕНОСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ СРЕДИ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Симерзин В.В., Грязнова Д.А.
ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Росздрава, Самара, Россия

Цель исследования: изучить распространённость и выраженность тревожно- депрессивных состояний у больных с метаболическим синдромом.

Материал и методы. Нами были использованы для изучения психологического профиля психометрические шкалы, адаптированные к применению в терапевтическом стационаре: шкала Цунга для самооценки депрессий, шкала депрессий Монтгомери-Асберга. Обследованы 50 больных (30 женщин и 20 мужчин) в возрасте от 35 до 70 лет (средний возраст 52,4±7,2) с метаболическим синдромом. В исследование не включали больных с психическими расстройствами в анамнезе или их наличие у близких родственников.

Результаты. Анализ выраженности депрессивных расстройств у больных с метаболическим синдромом проводился с использованием шкалы самооценки Цунга. Получены следующие данные: признаки депрессии присутствовали у 17 (34%) человек, депрессивные расстройства легкой степени выявлены у 11 человек (22%), средней степени тяжести у 5 человек (10%) и тяжелой степени у 1 человека (2%). У мужчин депрессия присутствовала у 6 человек (30%), депрессивные расстройства легкой степени выявлены у 4 мужчин (20%), средней степени тяжести у 2 мужчин (10%) и тяжелой степени у мужчин не выявлено. У женщин депрессия присутствовала у 11 человек (36%), расстройства легкой степени выявлены у 7 человек (23%), средней степени тяжести у 3 человек (10%) и тяжелой степени у 1 человека (3%). Средний суммарный показатель депрессии в исследуемой группе составил 40,2±0,52, у мужчин 40,26±0,91, у женщин 39,9±0,83 балла.

Так же для выявления депрессивных расстройств у больных с метаболическим синдромом нами использовалась оценочная шкала Монтгомери-Асберга. При использовании этой шкалы депрессивные расстройства в исследуемой группе были выявлены у 20 больных (40%), депрессия легкой степени выраженности выявлена у 15 (30%) больных, средней степени тяжести у 3 (6%) больных и тяжелой степени у 2 (4%) больных. У мужчин депрессивные расстройства присутствовали у 6 (30%) больных, депрессия легкой степени выявлена у 4 мужчин (20%), средней степени тяжести у 1 (5%) мужчины и тяжелой степени у 1 (5%) мужчины. У женщин депрессивные расстройства с использование шкалы Монтгомери-Асберга присутствовали у 14 (43,2%) человек, расстройства легкой степени выявлены у 11 (3,33%) человек, средней степени тяжести у 2 (6,6%) человек и тяжелой степени у 1 человека (3,3%). Суммарный показатель депрессии в общей группе составил 13,31±0,5 балла, у мужчин он равен 13,21±0,71 балла, а у женщин соответственно 14,02±1,14 балла.

Выводы. Изучение психоэмоционального профиля показывает наличие депрессивных расстройств у пациентов с метаболическим синдромом. При анализе депрессивных расстройств с помощью оценочной шкалы Монтгомери-Асберга депрессивные

расстройства выявлены у 40% больных при использовании шкалы самооценки Цунга расстройства выявлены у 34%.

0838 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Симоненко В.Б., Борисов И.А., Чернигов Н.А.
2 ЦВКГ им. П.В. Мандрыка, Москва, Россия

Митральная регургитация (МР) является частым осложнением ишемической болезни сердца (ИБС), встречающимся у каждого пятого пациента перенесшего острый инфаркт миокарда (ИМ). Причинами дисфункции митрального клапана при ИБС являются нарушение кинетики стенок левого желудка и функции клапанных структур в результате ишемии. После перенесенного ИМ может развиться органическое повреждение клапанных структур, дилатация ЛЖ и фиброзного кольца, снизится сократительная способность миокарда, что может стать причиной митральной недостаточности (МН). При локальном нарушении сократимости миокарда задней стенки левого желудочка МР встречается чаще – в 38% случаев, чем передней стенки – 10%. Наиболее часто причиной нарушения функции клапана являются разрыв, удлинение, укорочение и сращение хорд, изменение папиллярных мышц. Значимость митрального порока увеличивается в условиях скомпрометированного коронарного кровотока. ЭхоКГ является основным методом исследования позволяющим наиболее полно оценить анатомию и функцию митрального клапана. Основными методами хирургического лечения МР являются пластика или протезирование клапана и адекватное коронарное шунтирование (КШ) для улучшения сократительной способности миокарда. Общепринятым является тактика устранения митральной недостаточности II и более степени. Протезирование клапана долго считалось единственным методом надежного устранения МР. Это было обусловлено предсказуемостью результатов, сохранением эффекта вне зависимости от варианта течения ИБС, небольшим арсеналом выбора способов реконструкции митрального клапана. Предпочтение отдается операционной технике, позволяющей максимально сохранить подклапанные структуры. В настоящее время сделан вывод о значительном превосходстве клапансохраняющих вмешательств, протезирование выполняют в случае распространенного повреждения клапанных структур. Понимание анатомической причины недостаточности клапана позволяет определить вариант вмешательства – коррекция папиллярных мышц или хорд, вальвулопластика, аннулопластика, восстановление геометрии ЛЖ. Изолированная прямая реваскуляризация миокарда выгодно отличается меньшим временем гипоксии тканей в сравнении с сочетанным вмешательством, что ведет к уменьшению операционного риска. Трудности в оценке значимости митральной регургитации и невозможность точно предсказать эффект операции КШ определяют неоднозначный подход различных школ к выбору хирургической тактики. Наиболее актуальным вопросов у пациентов с сочетанным поражением венечного русла и ишемической митральной недостаточностью является оценка эффективности каждого из существующих методов.

0839 РИСК И ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ЙОДДЕФИЦИТЕ

Симонова И.Н., Антонюк М.В., Веремчук Л.В.
НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения – Владивостокский филиал ГУ Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН, Владивосток, Россия

Целью настоящего исследования явилась оценка влияния йоддефицита на риск развития сердечно-сосудистых заболеваний у юношей и разработка подходов ранней профилактики кардиоваскулярной патологии.

Обследовано 237 практически здоровых юношей. Исследование включало выявление факторов риска сердечно-сосудистой патологии, оценку функционального состояния сердечно-сосудистой системы, щитовидной железы, липидного профиля сыворотки крови, процессов липопероксидации, микроэлементного статуса. Для коррекции йоддефицита и метаболических нарушений применяли йодсодержащий препарат (Йод-актив) и селенсодержащий препарат (Селен-актив).

В когорте обследованных юношей йоддефицит выявили в 26,6% случаев, (медиана йодурии соответствует йоддефициту легкой степени). При пальпации щитовидной железы в 37,3% диагностировали ее диффузное увеличение первой и второй степени. Для определения сердечно-сосудистого риска у юношей, имеющих дефицит йода, изучали внутри- и межсистемные структурно-функциональные взаимодействия (многомерный статистический анализ). Доказано, что на фоне йоддефицита нарушается кооперация между липидтранспортной, тиреоидной систем и параметрами микроэлементного статуса (селен, цинк, медь, железо). Установленные закономерности явились обоснованием применения йод- и селенсодержащих препаратов в комплексе с мероприятиями по коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Группу профилактики составили 63 человека, из них 33 человека получали Йод-актив (1-я группа), 30 юношей – Йод-актив и Селен-актив (2-я группа). После проведенного курса у 66,7% юношей с йоддефицитом экскреция йода с мочой превысила 100 мкг/л (медиана йодурии – 106,7 мкг/л). В обеих группах увеличился уровень холестерина липопротеидов высокой плотности ($p<0,01$), изменения других липидных показателей находились в пределах нормы. У всех юношей повышенный показатель малонового диальдегида (МДА) снизился до нормальных значений. Во 2-й группе сниженный уровень антиоксидантной активности (АОА) увеличился до нормальных цифр на 66,5% ($p<0,001$). Повышенный индекс МДА/АОА достоверно снизился до нормы в 1-й и 2-й группах (на 14,6% и 45% соответственно $p<0,001$). К концу курса у пациентов 1-й группы сниженный уровень селена в сыворотке крови увеличился на 62% ($p<0,001$), у юношей 2-й группы после комплексного приема Йод-актива и Селен-актива – на 93,5 % ($p<0,001$).

Таким образом, при йоддефиците легкой степени происходят различные метаболические нарушения, повышающие коронарный риск, комплексное профилактическое применение йод- и селенсодержащего препаратов способствует более эффективной коррекции клинико-метаболических нарушений при йоддефиците.

0840 КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МСКТ-КОРОНАРОГРАФИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Синицын В.Е., Морозов С.П., Лыков В.Ф., Сильченко Н.С.
ФГУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УДП РФ, Москва, Россия

В настоящее время наиболее актуальными являются вопросы ранней клинической и инструментальной диагностики поражений коронарных артерий.

Цель работы: рассмотреть МСКТ-коронарографию как первичный метод в оценке атеросклеротического поражения коронарных артерий. Оценить диагностическую ценность МСКТ-коронарографии в многопрофильном стационаре и возможность использования методики как скрининговой.

Материалы и методы: Обследование пациентов проводились на 64-срезовом компьютерном томографе при коллимации 0,625мм и ретроспективной синхронизацией с ЭКГ. Исследования выполнялись с использованием тест болюса. Задержка начала сканирования составляла 5-6 секунд от момента поступления болюса в восходящую аорту. Полученные изображения анализировались с использованием реконструкций в искривленных плоскостях вдоль коронарных артерий, по ходу каждого сосудистого сегмента, в проекциях максимальной интенсивности (МИП, оптимальных для сопоставления с данными ангиографии) в дополнение к аксиальным срезам.

Исследование было проведено 63 пациентам. Мужчины-45 (71%), женщины -18 (29%). Возраст от 37-75 лет. 12 пациентов с впервые возникшей стенокардией, у 51 пациента в анам-

незе ИБС. Пациентов после АКШ -7. Количество сегментов со стентами 6. При МСКТ-коронарографии оценивались проксимальные и средние сегменты трех основных коронарных артерий: в стволе левой коронарной артерии гемодинамически значимые стенозы (>50%) выявлялись у 15%. Стенозы 50-70% в проксимальном и среднем отделах передней нисходящей артерии отмечались 19 и 11%, соответственно. Стенозы >70% в проксимальном и среднем отделах передней нисходящей артерии определялись у 13 и 18%. В огибающей артерии гемодинамически значимые стенозы (>50%) выявлялись у 17%. Стенозы 50-70% в проксимальном и среднем отделах правой коронарной артерии выявлялись у 5 и 8%, соответственно. Стенозы >70% в проксимальном и среднем отделах правой коронарной артерии отмечались у 10 и 8%. Распространенность стенозов в передней нисходящей артерии статистически была значительно выше ($p<0,01$). Среди 63 пациентов традиционная коронарография (КАГ) была проведена 8 больным. Нами был проведен анализ диагностической точности МСКТ-коронарографии и КАГ. Коэффициент корреляции Pearson 0,83. В выявлении наличия поражений коронарных артерий чувствительность МСКТ-коронарографии составила 100%, специфичность 55,6%, $p<0,001$. При оценке гемодинамически значимых стенозов (>70%) специфичность возрастает до 92,6%.

Выводы. Применение МСКТ-коронарографии в условиях многопрофильного стационара позволяет неинвазивно, догоспитально, выявить пациентов с гемодинамически значимыми стенозами (>70%) коронарных артерий, оценить характер бляшки, ее протяженность и принять решение для выбора дальнейшей тактики лечения. Благодаря высокой чувствительности отрицательный результат МСКТ-коронарографии позволяет исключить наличие значимых изменений коронарных артерий и не подвергать пациентов проведению КАГ.

0841 РОЛЬ ГЕНОТИПА В ФОРМИРОВАНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Синицын П.А., Щербакова М.Ю., Ларионова В.И., Петряйкина Е.Е.
ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия; ГОУ ВПО СПб ГПМА, Санкт-Петербург, Россия; МДГКБ №1, Москва, Россия

Цель: Определение зависимости клинических проявлений от варианта генетического полиморфизма и выявление наследственной предрасположенности к развитию метаболических нарушений у детей с ожирением.

Методы: В обследовании принимали участие 116 детей с ожирением I-IV степени в возрасте от 6 до 17 лет: 87 мальчиков и 29 девочек. Выясняли семейный анамнез. Измеряли антропометрические показатели (рост, масса тела, окружность талии (ОТ)), артериальное давления (АД). Анализировали липидный спектр (ОХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП) и углеводный обмен (тощаковая глюкоза и данные СГТТ). Полученные данные оценивали по центильным таблицам, руководствуясь рекомендациями по диагностике метаболического синдрома для детей IDF от 2007 года. 50 человек обследовали на I/D полиморфизм гена АПФ (ангиотензин-превращающий фермент) и Trp64Arg (W/R) полиморфизм гена β3-АР методом полимеразной цепной реакции.

Результаты: Более 2/3 пациентов имели превышение по значениям ОТ – 80 (56 мальчиков/ 24 девочки) (69%). Эпизодическое повышение АД отмечалось у 50 детей (38/12) (43,1%), а стойкое - у 23 (17/6) (19,8%).Нарушения липидного обмена выявлены у 60 человек (51,7%) в виде: повышения уровня ОХС – 34 человека (30/4) (29,3%), увеличения содержания ТГ – у 26 детей (21/5) (22,4%). У 26 детей (20/6) (22,4%) была впервые выявлена гипергликемия. 14 человек (28%) имели I/I вариант полиморфизма гена АПФ, 24 человека - I/D (48%), 12 человек - D/D (24%). 9 из 12 человек (75%), гомозигот по D-аллелю (D/D) гена АПФ, считающегося независимым фактором риска развития злокачественных форм АГ, имели стойкое, высокое АД (выше 95 центиля по полу возрасту и росту), а среди ближайших родственников в 6 случаях из 9 (66,6%) имелись жалобы на АГ. 38 человек имели W/W (76%) вариант полиморфизма гена β3-АР, R/R варианта не встречалось и у 12 человек (24%) был W/R вариант. У 8 детей из 12 (66,7%), гетерозигот гена β3-АР, имеющих «протективный» R-аллель, при наличии ожирения II-III степени (66,7% и 33,3% соответственно) и повышенного показателя ОТ (100%), являющегося патогномоничным признаком абдоминального ожирения, не выявлялось нарушений липидного и углеводного обмена. Характерно, что у родителей этих детей в 6 случаях из 8 (75%) наблюдалось ожирение и также без диагностированных нарушение липидного и углеводного обмена.

Вывод: Варианты генетического полиморфизма играют существенную роль в формировании и степени выраженности признаков метаболического синдрома у детей, имеющих ожирение. Схожесть клинической картины основных патологических проявлений среди детей и их ближайших родственников позволяет говорить о вероятной наследственной предрасположенности, заранее определяющей общие черты и особенности будущих признаков.

0842 ФАКТОРЫ ОБЩЕГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА И РАСПРОСТРАНЕНОСТЬ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Синькова Г.М., Синьков А.В.
ИГМУ, Иркутск, Россия

Цель исследования: определить региональные особенности взаимосвязи распространенности ОНМК с факторами ОССР в сельских и отдаленных районах Сибири на примере Иркутской области.

Материалы и методы: обследовано 646 жителей сельских и отдаленных районов Иркутской области, у которых при скрининговом обследовании выявлено АД≥140/90 мм рт.ст. и/или установлен факт приема антигипертензивных препаратов. Обследование включало измерение АД в соответствии с рекомендациями ВНОК, осмотр кардиолога и невролога. Результаты оценивали с помощью компьютерной статистической программы STATISTICA 6.0 (описательная статистика, 95% доверительные интервалы (ДИ), коэффициент корреляции рангов Спирмена, критерии Стьюдента и Манна-Уитни).

Результаты: распространенность ОНМК в обследованной группе составила в среднем 5,6% (95%ДИ=3,8-7,4%). С помощью метода ранговой корреляции Спирмена проведена оценка связи распространенности ОНМК с возрастом, величиной САД и ДАД, табакокурением, сахарным диабетом, семейным анамнезом ранних сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), степенью АГ, величиной ОССР, уровнями лечения и контроля АГ. Была выявлена статистически значимая связь распространенности ОНМК с величиной САД ($r=0,079$; $p=0,045$), семейным анамнезом ранних ССЗ ($r=0,078$; $p=0,049$); степенью АГ ($r=0,106$; $p=0,007$) и величиной ОССР ($r=0,181$; $p<0,001$).

Для уточнения характера зависимости распространенности ОНМК от основных факторов ОССР все обследованные районы были разделены на группы посредством кластерного анализа по методу К-средних в зависимости от величины распространенности ОНМК. Всего было выделено две группы. Первую группу составили шесть районов с относительно низкой распространенностью ОНМК (в среднем 3,5%; 95% ДИ=1,5-5,6). Вторую группу составили четыре района с относительно высокой распространенностью ОНМК (в среднем 7,4%; 95% ДИ=4,6-10,2).

Сравнение полученных групп выявило во второй группе по сравнению с первой группой более высокий средний уровень САД (174,7 и 170,4 мм рт.ст. соответственно; $p=0,049$), более высокий средний уровень ДАД (100,2 и 96,2 мм рт.ст. соответственно; $p<0,001$), больший средний возраст (62,8 и 59,6 лет соответственно; $p=0,002$) и большую распространенность АГ 3 степени (60,4 и 44,8% соответственно; $p<0,0001$).

Заключение. Как показало наше исследование, распространенность ОНМК в сельских и отдаленных района Иркутской

области наиболее тесно была связана с величиной АД как систолического, так и диастолического. Учитывая, что АД является потенциально корригируемым фактором риска, можно прогнозировать, что снижение уровня АД в регионе позволит снизить распространенность ОНМК. Следует отметить, что определенное влияние на распространенность ОНМК оказывали также некорригируемые факторы ОССР, такие как возраст и наследственность.

0843 ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМА РЕЦЕПТОРОВ ТРОМБОЦИТОВ И ЦИТОХРОМОВ Р-450.

Сироткина О.В.[1,2], Боганькова Н.А.[2], Столярова А.Н.[1], Богданова Е.В.[2], Болдуева С.А.[2], Вавилова Т.В.[2]
Петербургский институт ядерной физики им. Б.П. Константинова РАН[1], Санкт-Петербург, Россия; Санкт-Петербургская Государственная Медицинская Академия им. И.И. Мечникова Росздрава[2], Санкт-Петербург, Россия

Возможной причиной снижения эффективности клопидогреля может быть высокая активность тромбоцитов, в том числе обусловленная мутацией гена GPIIIa субъединицы рецептора IIb/IIIa - Leu33Pro, другая причина –генетические нарушения в мишени клопидогреля рецепторе P2Y12, индивидуальные особенности системы метаболизма препарата, мутации рецепторов колагена.

Цель настоящей работы – проанализировать эффективность терапии клопидогрелем у больных, перенесших инфаркт миокарда, в зависимости от генетических вариантов цитохромов Р-450 3А и тромбоцитарных рецепторов для АДФ, фибриногена, коллагена.

Материалы и методы: 34 пациента (25 мужчин и 9 женщин, средний возраст - 61±2 года), перенесших инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (STEMI), получающих клопидогрель (Зилт®, 75мг/сут) и аспирин (100 мг/сут), наблюдались в течение 30 дней после начала заболевания. АДФ-индуцированная агрегация (2.5, 5 и 10 мкМ) измерялась фотометрическим методом (агрегометр Солар, Белоруссия) как степень светопропускания (Т,%) на 3-4 день и 12-15 день после госпитализации. Детекция генетических вариантов A-293G CYP3A4, G6986A CYP3A5, C18T и G36T P2Y12, Leu33Pro GPIIIa, C-154T и T13254C GPVI, C807T GPIa проводилась методом ПЦР с последующим рестрикционным анализом.

Результаты: 32 пациента были выписаны из клиники без каких-либо серьезных осложнений, 2 пациента умерли (нарушения сердечного ритма, ТЭЛА). У 4 пациентов наблюдались геморрагические осложнения (2 - подкожные гематомы, 1 - кровоточивость десен, 1 – гематурия), в двух случаях клопидогрель был отменен. Средняя степень агрегации снижалась на фоне проведенной терапии – 16,3±2,6%, 27,0±3,0%, 35,0±3,4% и 23,5±2,5%, 32,9±2,8%, 40,0±3,1%, соответственно в 1-ой и 2-ой точках измерения для 2.5, 5 и 10 мкМ АДФ ($p<0,04$, $p<0,1$). При первом измерении активность тромбоцитов не зависела от исследуемых генетических вариантов. Однако в динамике наблюдалось следующее: носители мутаций G36T P2Y12, C-154T и T13254C GPVI, C807T GPIa и лица с отсутствием протективного аллеля C18 P2Y12, изначально показывая более высокую степень агрегации, на фоне терапии снижали ее более эффективно. Исключение составила мутация Leu33Pro GPIIIa, при которой не наблюдалось уменьшения степени агрегации тромбоцитов. Мы обнаружили более высокую эффективность клопидогреля у лиц с мутацией A-293G CYP3A4, отвечающей за повышение уровня экспрессии гена и количества фермента. Т при 10мкМ АДФ составила 47,2±9,4% и 28,1±6,1% у лиц с AG генотипом, и 39,9±3,9% и 36,6±4,3% для AA генотипа до и после терапии, соответственно ($p<0,05$). Для G6986A CYP3A5 статистически значимых зависимостей не найдено.

Выводы: клопидогрель снижает агрегацию тромбоцитов у STEMI пациентов, при этом носительство Leu33Pro GPIIIa уменьшает его эффективность.

0844 ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО КЛИМАКСА

Скибицкий В.В., Медведева Ю.Н., Скибицкая С.В.
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Цель: изучение особенностей формирования метаболического синдрома у женщин в хирургическом климаксе в ближайшие 5 лет после операции.

Материал и методы: Обследовано 214 женщин в хирургическом климаксе (ХК); возраст – 52 (48-55) года. Всем больным проводили физикальное обследование с контролем офисных значений артериального давления. Осуществляли антропометрические измерения с вычислением индекса массы тела (ИМТ), отношения окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ). Определяли липидный спектр крови, проводили глюкозотолерантный тест. Исследовали содержание инсулина и С-пептида натощак. Инсулинорезистентность (ИР) диагностировали с учетом индекса Caro при значении показателя менее 0,33. При наличии у обследованных абдоминального ожирения (АО), инсулинорезистентности, артериальной гипертонии (АГ), гиперлипидемии диагностировали метаболический синдром. Статистическую обработку проводили с использованием непараметрических методов.

Результаты и обсуждение: У женщин до операции не было признаков метаболического синдрома (МС), за исключением избыточной массы тела, выявленной у 141 (65,8%) обследованной. Через 6 месяцев после пангистерэктомии АО выявлено у 167 (78%) женщин. Показатели углеводного и липидного обмена не изменились. У 128 (59,8%) женщин зафиксирована АГ.

К концу 1 года наблюдения АО выявлено у 188 (87,8%) женщин. У 182 (85%) пациенток уровень общего холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой плотности достоверно увеличился ($p<0,05$). АГ зафиксирована у 152 (71%) женщин. Через 3 года после операции у 64 (29%) человек выявлены нарушение толерантности к глюкозе или сахарный диабет 2 типа.

В целом среди обследованных у 141 (65,8%) человека в раннем периоде ХК (первые 2-3 года после операции) развивалось сочетание АГ, АО, гиперлипидемии и нарушений углеводного обмена. У всех этих пациенток индекс Caro оказался ниже 0,33. Лишь у 15 (7%) обследованных метаболических нарушений не обнаружено, у 57 (27%) женщин диагностировано несколько признаков МС (чаще всего – АО в сочетании с гиперлипидемией или АГ).

Таким образом, у женщин в ХК уже в первые 3 года после операции формируется МС, что многократно увеличивает риск сердечно-сосудистых осложнений. В ХК «стержневым» компонентом, вокруг которого группируются другие составляющие МС, по нашим данным, является абдоминальное ожирение. Это диктует необходимость наблюдения данного контингента больных кардиологом в ранние сроки после операции. Пациенткам в ХК необходимо проводить обследование с целью раннего выявления ИР и ассоциированных с ней состояний для их профилактики и предотвращения возникающих на этом фоне структурно-функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы, фатальных и нефатальных осложнений.

0845 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА

Скибицкий В.В., Фендрикова А.В., Чернышук Н.А.
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Цель исследования: оценить эффективность омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (омега-3 ПНЖК) у больных инфарктом миокарда с различными нарушениями ритма сердца.

Материалы и методы: В исследование включены 45 больных инфарктом миокарда с нарушениями ритма сердца: пароксизмальная фибрилляция предсердий, желудочковая тахикардия, желудочковая экстрасистолия 3-5 градаций по Лауну. Пациенты были распределены в 2 группы: 1 группа (n=21) получали стандартную фармакотерапию инфаркта миокарда, у больных 2 группы (n=24) проводилась хирургическая реваскуляризация (аорто-коронарное шунтирование или стентирование). Все пациенты получали омега-3 ПНЖК

1 г/сутки (Омакор, Solvay Pharma) в дополнение к терапии, включавшей антиагреганты, статины, ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы. Исходно и через 6 месяцев лечения проводилось суточное мониторирование (СМ) ЭКГ. Результаты исследование обработаны с использованием программы «STATISTICA 5.0».

Результаты: По данным СМ ЭКГ исходно в 1 группе зарегистрировано в среднем 8692±514,8 желудочковых экстрасистол, 5,2±0,48 пароксизмов желудочковой тахикардии, 3,57±0,39 пароксизмов фибрилляции предсердий. Через 6 месяцев терапии количество желудочковых экстрасистол уменьшилось на 91,5% и составило 736,1±96,02 (p<0,001). Частота пароксизмов желудочковой тахикардии уменьшилась в среднем до 1,4±0,45 (-73%; p<0,01), фибрилляции предсердий – до 0,33±0,16 (- 90,8%; p<0,001).

Во 2 группе исходно зафиксировано в среднем 7180±1268 желудочковых экстрасистол, 2,8±0,73 пароксизмов желудочковой тахикардии и 1,83±0,6 фибрилляции предсердий. После проведения реваскуляризации и лечения Омакором число желудочковых экстрасистол уменьшилось на 88,5% (до 822,9±183,5) (p<0,01), пароксизмов желудочковой тахикардии – на 85,7% (до 0,4±0,24) (p=0,015). Пароксизмы фибрилляции предсердий через 6 месяцев во 2 группе не регистрировались.

Выводы: Применение омега-3 ПНЖК (Омакор) у больных инфарктом миокарда и нарушениями ритма сердца позволяет значимо уменьшить количество жизнеугрожающих аритмий. Антиаритмогенный эффект омега-3 ПНЖК проявляется как у пациентов, перенесших хирургическую реваскуляризацию в острый период инфаркта миокарда, так и у больных, получающих стандартную терапию.

0846 ВЛИЯНИЕ БЛОКАТОРОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ НА СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ТОЛЩИНУ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ

Скибицкий В.В., Городецкая Е.В., Кудряшов Е.А., Спиропулос Н.А.
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Цель исследования. Сравнить влияние блокаторов ренин-ангиотензиновой системы на суточный профиль артериального давления и толщину комплекса интима-медиа (ТИМ) у больных артериальной гипертонией, сочетанной со стабильной ишемической болезнью сердца.

Методы исследования. Обследовано 60 больных (средний возраст 55,2±5,9 лет) артериальной гипертонией, сочетанной с ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения II ФК), рандомизированных на две группы. Пациенты первой группы (n=30) получали комбинацию ингибитора АПФ (зофеноприл 30 мг/сут) и бета-блокатора (метопролол сукцинат 100 мг/сутки), второй группы (n=30) - антагониста рецепторов к ангиотензину II (валсартан 80 мг/сут) и бета-блокатора (метопролол сукцинат 100 мг/сутки) в течение 6 месяцев. Дополнительно все обследованные получали статины и аспирин. Суточное мониторирование артериального давления (АД) проводилось по стандартному протоколу. Определение ТИМ проводилось с помощью дуплексного сканирования сонных артерий исходно и через 6 месяцев терапии.

Результаты. Через 6 месяцев лечения АД достигло целевого уровня у 84,7% пациентов первой группы и у 93,5% - второй группы. Во второй группе более выражено снижались среднесуточные показатели систолического и диастолического АД, вариабельность систолического и диастолического АД по сравнению с пациентами первой группы (p<0,05). Положительные изменения суточного профиля АД во второй группе проявлялись увеличением количества пациентов с типом dipper с 40% до 80%, уменьшением числа больных с профилем non-dipper с 27 до 10% и отсутствием варианта night-peaker. У пациентов первой группы положительная динамика суточного профиля АД была менее выражена.

Показатели ТИМ исходно не отличались в обеих группах обследованных и составили 0,90 ± 0,09 и 0,91±0,09 мм соответственно. Через 6 месяцев терапии на фоне равнозначной положительной динамики липидного профиля показатель ТИМ уменьшился в первой группе на 8,8% (0,82±0,09 мм), а во второй - на 20,8% (0,72±0,08 мм), что достоверно превосходило изменения в первой группе (p<0,05). Положительная динамика ТИМ во второй группе регистрировалась чаще и имела место у 18 больных против 10 больных в первой группе.

Вывод. При лечении артериальной гипертонии, сочетанной со стабильной ишемической болезнью сердца, комбинация антагониста рецепторов к ангиотензину II (валсартана) и бета-блокатора (метопролола сукцината) оказывает более выраженное положительное влияние на суточный профиль артериального давления и в большей степени уменьшает ТИМ по сравнению с комбинацией ингибитора АПФ и бета-блокатора.

0847 КАРДИО-ВАСКУЛЯРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (КВЗ) И ОСТЕОПОРОЗ (ОП) У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА: ОБЩИЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ИХ ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Скрипникова И.А., Новиков В.Е., Мурашко Л.М., Косматова О.В., Поддубская Е.А.
ФГУ ГНИЦ профилактической медицины, Москва, Россия

В настоящее время появились сообщения о связи КВЗ и ОП на эпидемиологическом, экспериментальном и клиническом уровнях.. До сих пор не известно, как часто эти заболевания сочетаются у женщин в постменопаузальном периоде и какие общие факторы риска (ФР) способствуют их развитию.

Цель: изучить распространенность сочетанной патологии КВЗ и ОП, выявить общие ФР этих заболеваний.

Материалы и методы: Обследованы 195 женщин дважды с 15-летним интервалом в одном из регионов г.Москвы для выявления КВЗ. На 1 этапе обследовались женщины репродуктивного возраста (ср. возраст 41±0,38), на 2 этапе - те же женщины в постменопаузе (ср.возраст 56±0,34). Минеральная плотность кости (МПК) измерялась на 2 этапе на аппарате (“Delphi W”, Hologic). Диагноз ОП устанавливался согласно критериям ВОЗ по Т-критерию ≥ - 2,5SD. Оценивались традиционные ФР (социальные, средовые, биологические) и еще ряд показателей по данным анкетирования, клинического и лабораторного обследования.

Результаты: Распространенность сочетанной патологии КВЗ и ОП составила 8%. Выявлены общие ФР КВЗ и ОП с использованием многомерного регрессионного логистического анализа: гипертриглицеридемия; высокий индекс атерогенности; повышенная ЧСС; изменения на ЭКГ, соответствующие категориям Миннесотского кода 134 и 73; низкий рос в возрасте 25 лет; наличие переломов костей в семейном анамнезе; повышенные уровни глюкозы натощак, общего кальция и общей щелочной фосфатазы; продолжительность менопаузы; нарушения менструального цикла (олигоменорея); раннее начало менопаузы. Построены функции для определения индивидуального риска сочетанной патологии КВЗ и ОП.

Социальный статус и показатели репродуктивной функции женщин оказывали значимое влияние на формирование ФР КВЗ и ОП: АГ, ГХС и низкая МПК достоверно чаще встречались у одиноких и неработающих женщин. Низкая МПК чаще имела место у женщин с высшим образованием.

Недостаточная функциональная активность была достоверно выше у пациенток с ОП, в отличие от женщин с КВЗ

(p<0,05).Частота курения у женщин с КВЗ была выше, чем у условно «здоровых» (p<0,05), а у пациенток с ОП не отличалась от «здоровых». Фактор курения при ОП становился значимым при выкуривании 10 и более сигарет в день (OR=4,62).

Обнаружена взаимосвязь между биологическими ФР КВЗ и ОП: нормальная МПК шейки бедра ассоциировалась с АГ (p<0,05), обратно коррелировала с ОХС (r=-0,32, p=0,01), и ХСЛВП (r=-0,15, p=0,01). Уровень ТГ был выше у пациенток с ОП, чем с нормальной МПК (p<0,05).

Заключение: КВЗ и ОП не редко сочетаются у женщин в постменопаузе и имеют общие ФР, которые можно использовать для прогноза и формирования групп высокого риска по обоим заболеваниям.

0848 ПРЕДПРОЦЕДУРНЫЙ УРОВЕНЬ hs-CRP И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС ПРИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОМ ЛЕЧЕНИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ (результаты годового проспективного наблюдения)

Слезко И.В., Сафиуллина З.М., Шалаев С.В.
Тюменская государственная медицинская академия, Кардиологический диспансер Тюменской областной клинической больницы, Тюмень, Россия

Цель исследования: изучить значение предпроцедурного уровня hs-CRP в развитии сердечно-сосудистых осложнений у больных ИБС при стентировании коронарных артерий на протяжении годового проспективного динамического наблюдения.

Методы: В исследование было включено 90 больных стабильной ИБС, которым проводилась ЧКВ со стентированием коронарных сосудов. Среди больных были 77 (86%) мужчин и 13 (14%) женщин, средний возраст составил 53±8.9 года. По данным КАГ у 32 (36%) пациентов было выявлено поражение одной, у 35 (39%) – двух, у 23 (25%) – трех коронарных артерий, при этом у 4 (4%) пациентов отмечалось поражение ствола левой коронарной артерии. У 78 (86.7%) пациентов использовались стенты с лекарственным покрытием (сиролимус), у 12 (13.3%) – стенты без лекарственного покрытия. 55 (61.1%) больным имплантировали 1 стент, 2 и более стентов были имплантированы 35 (38.9%) пациентам.

Во всех случаях определяли исходный уровень hs-CRP, МВ-КК исходно, через 8-12-24 часов после проведения ЧКВ.

Результаты: Исходный средний уровень hs-CRP составил 1,0±0,21 мг/л. Уровень hs-CRP менее 1 мг/л отмечался у 58 больных (64%), hs-CRP более 1 мг/л регистрировался у 25 больных (28%), hs-CRP более 3 мг/л выявлен у 7 больных (8%). Следует отметить, что у пациентов с многососудистым поражением коронарных артерий средний уровень hs-CRP составил 1,42±0,642 мг/л и был достоверно выше в сравнении с уровнем hs-CRP у пациентов с односсудистым поражением коронарных артерий 0,62±0,09 мг/л (p<0,01).

За время проспективного наблюдения у 8 (8.9%) пациентов отмечался инфаркт миокарда (ИМ), в том числе у 4 (4,4%) –фатальный, у 18 (20%)– нестабильная стенокардия (НС). У больных с сердечно-сосудистыми осложнениями (фатальный и нефатальный ИМ, НС), отмечаемых в процессе годового наблюдения после стентирования, предпроцедурный уровень hs-CRP был достоверно выше в сравнении с пациентами без сердечно-сосудистых осложнений (p<0,05). По результатам бинарной логистической регрессии предпроцедурный уровень hs-CRP<1 мг/л ассоциировался с достоверным снижением относительного риска сердечно-сосудистых осложнений (фатального и нефатального ИМ, НС), определяемых у пациентов после стентирования коронарных артерий в процессе годового динамического наблюдения (ОР 0,47; p=0,045).

Выводы: У пациентов с сердечно-сосудистыми осложнениями (фатальный и нефатальный ИМ, эпизоды НС), которые регистрировались в процессе годового наблюдения после стентирования, предпроцедурный уровень hs-CRP был достоверно выше в сравнении с пациентами без сердечно-сосудистых осложнений.

0849 ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СКОРОСТЕЙ Na+/Li+-ПРОТИВОТРАНСПОРТА

Слепуха Е.Г., Булашова О.В.
КГМУ, кафедра пропедевтики внутренних болезней, Казань, Россия

Концепция мембранных нарушений при хронической сердечной недостаточности (ХСН) определяется функциональной недостаточностью мембранных ионотранспортных систем, ведущих за собой комплекс адаптивных изменений, нарушение внутриклеточного гомеостаза. В качестве модели маркёра повреждения клеточных мембран успешно используется скорость Na+/Li+-ПТ через мембрану эритроцитов.

Цель исследования: сравнительный анализ значений скоростей противотранспорта ионов у женщин с сердечной недостаточностью в различных функциональных классах ХСН.

Материалы и методы: для исследования была отобрана группа из 100 женщин в возрасте 58,5±9,8 лет, страдающих сердечной недостаточностью I, II, III функциональных классов, фоновыми заболеваниями для развития ХСН послужили артериальная гипертензия, ИБС, кардиомиопатия. В качестве величин сравнения использовались значения скоростей Na+/Li+-противотранспорта у женщин аналогичного возраста, не страдающих каким-либо сердечно-сосудистым заболеванием. Испытуемым было проведено определение скоростей Na+/Li+-противотранспорта через мембрану эритроцита. Для этой цели был использован метод, разработанный M. Canessa, A. Spalvins, N. Adragna et al. (1984) и освоенный в лаборатории Ю.В.Постнова (1985). В основе метода лежит измерение обмена внутриклеточного лития в клетках на внеклеточный натрий из инкубационной среды. Для детального анализа состояния клеточных мембран у больных с ХСН был использован метод квартильного распределения скоростей Na+/Li+- противотранспорта.

Полученные результаты: скорости Na+/Li+-противотранспорта ассоциировались со степенью тяжести сердечной недостаточности (ФК ХСН). Так, скорость Na+/Li+- противотранспорта у женщин с I ФК ХСН была больше (264,26±77,08 мкмоль Li+/л кл. в час), чем у здоровых лиц (217,0±71,9 мкмоль Li+/л кл. в час; p<0,001). Аналогичные данные были получены при сравнении скорости Na+/Li+-ПТ у женщин с II ФК (261,84±85,0 мкмоль Li+/л кл. в час) и с III (365,47±121,43 кмоль Li+/л кл. в час) ФК ХСН (соответственно p<0,001, p<0,001). Различие в скорости Na+/Li+-ПТ между женщинами с I и III ФК ХСН и со II и III ФК высоко достоверно (соответственно p<0,0001, p<0,001).

Анализ показал, что у женщин, страдающих ХСН, преобладают высокие скорости Na+/Li+- противотранспорта, у большинства пациенток они соответствуют IV квартилю (49%), у меньшего числа женщин значения скорости Na+/Li+- противотранспорта соответствуют I (11%), (p<0,05), II (15%), (p<0,05) и III (25%) квартилям (p<0,05).

Выводы: исследование функции клеточных мембран на модели скорости Na+/Li+-противотранспорта у женщин с хронической сердечной недостаточностью с применением квартильного распределения показало, что около половины из них являлись носителями высоких скоростей Na+/Li+- противотранспорта, причем во всех квартилях преобладали пациентки с I и II ФК ХСН. Однако было отмечено существенное увеличение женщин с III ФК ХСН в IV квартиле Na+/Li+- противотранспорта.

0850 ОЦЕНКА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ЭКВАТОР У БОЛЬНЫХ АГ НА ФОНЕ ГИПОТИРЕОЗА

Смагулова С.У, Каражанова Л.К., Мусин А.М.
Семипалатинская медицинская академия, Семей, Казахстан

Цель исследования: оценка динамики показателей СМАД в процессе антигипертензивной терапии (у больных АГ гипотиреозом.

Материалы и методы исследования: Общее количество пациентов 20. Средний возраст больных 51,2±2,3 лет. Все больные имели АГ 2-й степени, гипотиреоз средней тяжести в стадии субкомпенсации. В количестве антигипертензивного препарата использовался препарат Гедеон Рихтер Экватор (комбинация нормодипина 5мг и диротона 10мг) препарат назначался один раз в сутки, продолжительность терапии 8 недель. На фоне поддерживающей ГЗТ-L-тироксином и антигипертензивной терапии экватором была отмечена положительная динамика показателей СМАД со снижением средних значении САД, ДАД, преимущественно ВДАД. Нами установлено улучшение характера циркадного ритма АД. На основании анализа показателей СМАД можно сделать заключение о достоверной динамике ИВДАД ночью. Получено достоверное снижение (13,41%) суточной ДАД. К концу 8 недель терапии экватором нами не отмечено каких либо побочных реакции при комбинации его с поддерживающей ГЗТ у больных гипотиреозом.

0851 ХАРАКТЕРИСТИКА СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ФОНЕ ГИПОТИРЕОЗА

Смагулова С.У., КаражановаЛ.К., Мусин А.М., Чиныбаева А.А.
Семипалатинская государственная медицинская академия, Семей, Казахстан

Цель исследования: изучить степень и особенности изменения суточного профиля АД при артериальной гипертензии в сочетании с гипотиреозом различной степени тяжести.

Материалы и методы исследования: Всего исследовано 138 больных с первичным гипотиреозом в сочетании с артериальной гипертензией. Мужчин 20 (14,5%), женщин 118 (85,5%), возраст больных от 30 до 77 лет, из которых 70% составили больные в возрасте от 50 до 69 лет. Средней степени тяжести гипотиреоз диагностирован у 55,8%, 44,2% тяжелой степени. Длительность АГ у 38% больных составила 5,0±2,6 лет, а у 72% больных - 7,8±1,6 лет. Среди сопутствующих заболеваний ИБС имело у 22% больных, сахарный диабет II типа у 15 больных, сердечная недостаточность у 22% (II ФК).

Критерии включения в исследование: наличие первичного гипотиреоза, подтвержденного данными клинического, гистологического, лабораторного, УЗИ исследования щитовидной железы, наличие АГ. Контрольную группу составили 40 больных АГ без гипотиреоза, в возрасте от 28 до 70 лет с длительностью АГ в среднем 8,1±1,3 лет. Комплексное клинико-инструментальное обследование включало: ЭКГ, суточное мониторирование АД (СМАД), ЭхоКГ, исследование уровня тиреоидных гормонов крови, УЗИ щитовидной железы. Сравнительный анализ показателей СМАД у больных АГ на фоне гипотиреоза проводилось у 44 больных, АГ 2-й степени у 20 больных и 3-й степени у 22 больных. При 2-й степени АГ средние значения индекса времени (ИГ), САД, ДАД были выше нормальных показателей. Отмечены значительные изменения суточного профиля АД при 3-й степени АГ, отличающаяся от суточного профиля больных АГ III степени без наличия гипотиреоза. У больных с АГ III степени, по данным СМАД, в изучаемые периоды установлено достоверное повышение вариабельности САД, ДАД, скорости утреннего повышения (СУП) ДАД, достоверное повышение ИВ ДАД. Имело место нарушение циркадного ритма АД у большинства больных АГ с гипотиреозом. Полученные данные СМАД характеризуют преобладание нарушений суточного профиля при гипотиреозе за счет показателей ДАД (суточного индекса и вариабельности ДАД) по сравнению с больными с АГ без наличия гипотиреоза.

0852 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ИНТЕНСИВНОСТЬ КУРЕНИЯ У МУЖЧИН С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ ТЮМЕНИ

Смазнов В.Ю., Акимова Е. В., Гафаров В.В., Кузнецов В.А.
Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Целью исследования явилось изучение распространенности и интенсивности курения табака в группах мужчин трудоспособного возраста г.Тюмени с выявленной сердечно-сосудистой патологией.

Методы. Репрезентативная выборка мужчин 25-64 лет для проведения кардиологического скрининга была сформирована методом случайных чисел из избирательных списков граждан г. Тюмени. Объективное исследование проводилось с двукратным измерением АД, регистрацией ЭКГ-покоя в 12 отведениях с последующим кодированием по Миннесотскому коду. Опрос о курении проводили в соответствии с требованиями протокола проекта ВОЗ.

Результаты. В открытой мужской популяции Тюмени распространенность ИБС составила 11,7%, распространенность артериальной гипертонии – 50,4%. Распространенность градаций как регулярного курения табака, так и «никогда не куривших» существенно не различалась в группах мужчин с выявленной ИБС и при ее отсутствии. Среди мужчин с наличием ИБС их доля равнялась 38,6%, с отсутствием ИБС – 39,2%. В то же время, среди мужчин с выявленной ИБС отмечалось достоверное снижение доли курящих нерегулярно (3,5%) сравнительно с группой мужчин без ИБС (10,0%), $p<0,05$. Напротив, достоверное повышение доли бросивших курить отмечалось 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, никогда не куривших и бросивших курить – достоверных различий между группами с отсутствием и наличием АГ не наблюдалось. Что касается интенсивности курения, среди мужчин, курящих регулярно 1-9 сигарет в сутки, имела место достоверно меньшая доля лиц с выявленной АГ по сравнению с группой лиц 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.

Заключение. Настоящие результаты должны стать основой комплексной профилактической программы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в открытой популяции Тюмени, базирующейся на коррекции поведенческих факторов посредством как популяционной стратегии, так и стратегии высокого риска.

0853 К ВОПРОСУ О СРОКАХ НАЧАЛА МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Смакотина С.А., Барбараш О.Л.
ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская Академия, Кемерово, Россия

Показатели нейродинамики, которые являются частью когнитивных функций, первыми реагируют на повышение АД и изменяются еще до проявления признаков поражения органов-мишеней (сердце, почки, головной мозг). В связи с этим в рамках настоящего исследования оценена эффективность более раннего назначения антигипертензивной терапии у пациентов с умеренным и низким риском развития сердечно-сосудистых осложнений.

Обследованы 84 мужчины с ГБ I стадии, длительность АГ 2,3±1,3 лет, с низкий и средним риска развития сердечно-сосудистых осложнений и имеющих когнитивную дисфункцию, определяемую по нейродинамическим тестам: определения скорости простой (ПЗМР) и сложной (СЗМР) зрительно-моторных реакций, уровня функциональной подвижности нервных процессов (УФП), реакции головного мозга (РГМ), реакцию на движущийся объект. Согласно рекомендациям ВНОК (2004 года) у данной категории пациентов целесообразно только после оценки эффективности немедикаментозных мер решать вопрос о наз-

начении медикаментозной терапии. Пациенты были разделены на группы А (54 человека), которые начинали лечение престариумом или метопрололом после выявления когнитивной дисфункции. Группа Б–30 пациентов, им рекомендован контроль АД и модификация факторов риска. Наблюдение осуществлялось в течение 6 месяцев. Проводилась оценка показателей нейродинамики и влияние АГ на конечные точки (ПОМ, появление новых ФР, АКС, диастолической дисфункции и тяжелых желудочковых нарушений ритма сердца).

Через 6 месяцев у пациентов группы Б, чаще регистрировалась ГЛЖ (13,3%) , чем у пациентов группы А (3,7%). У 16,6% больных группы Б возникла микроальбуминурия, у 2 (6,6%) пациентов за 6 месяцев наблюдения возникли преходящие нарушения мозгового кровообращения и одного (3,3%) отмечались признаки стенокардии по сравнению с пациентами, получавшими антигипертензиивную терапию. У пациентов группы Б наблюдалось достоверное уменьшение скорости ПЗМР по сравнению с пациентами группы А (400,5± 8,8 и 340,3±16,5 мс соответственно), увеличение количества совершаемых ошибок. Такая же тенденция прослеживается по показателям СЗМР. Кроме того, у пациентов, не принимающих гипотензивную терапию, достоверно уменьшалась РГМ на стимул. Несмотря на контроль АД и средние цифры АД 138±2,2 мм рт.ст., у пациентов группы Б, увеличивалось количество опережений, что косвенно свидетельствует о возрастании гиперсимпатикотонии. Таким образом, у пациентов ГБ I стадии с низким и умеренным риском, наличием когнитивных нарушений, несмотря на уровень АД ≤140/90 мм рт.ст и модификацию факторов риска за 6 месяцев наблюдения, без приема гипотензивной терапии, отмечается усугубление когнитивной дисфункции, появлением поражением органов –мишеней и возникновении АКС (ТИА, стенокардия) по сравнению с пациентами, получавшими гипотензивное лечение. Следовательно, когнитивная дисфункция уже при низком и умеренном риске развития сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с ГБ является ранним предиктором органных поражений и указывает на необходимость назначения гипотензивной терапии у пациентов в более ранних сроках.

0854 АНАЛИЗ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Смирнова Е.А., Алпатова Т.Н., Молянова А.А., Коротченко Е.В.
Областной клинический кардиологический диспансер, Рязань, Россия

Цель: анализ антитромботической терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП).

Методы: проведен ретроспективный анализ 177 историй болезни (48,0% мужчин, 52,0% женщин, средний возраст 61,0±0,8 лет) с различными формами ФП: пароксизмальной (46,9%), перманентной (44,6%), персистирующей (8,5%), находившихся на стационарном лечении в областном клиническом кардиологическом диспансере. В зависимости от тактики ведения пациенты с ФП разделены на 3 группы. Пациентам 1 группы (n=37) проводилась кардиоверсия. Пациенты 2 группы (n=61) при госпитализации имели синусовый ритм, им проводилась коррекция антиаритмической терапии с целью уменьшения частоты пароксизмов ФП. Пациентам 3 группы (n=79) с перманентной формой ФП проводилась пульсурежающая терапия. Оценка подходов к антитромботической терапии и определение риска тромбоэмболических осложнений в каждой группе проводились в соответствии с Российскими рекомендациями по диагностике и лечению ФП.

Результаты: среди больных первой группы у 25 человек длительность пароксизма ФП составила менее 48 часов и фармакологическая кардиоверсия проводилась без предварительной антитромботической терапии. После восстановления ритма 83,0% пациентов был назначен аспирин в дозе 75-125 мг/сутки. Пациентам с высоким риском тромбоэмболических осложнений (8,0%) рекомендован прием варфарина под контролем МНО. При длительности пароксизма более 48 часов (33,3% пациентов первой группы), медикаментозная кардиоверсия проводилась после подготовки антикоагулянтами (варфарин - 41,7%, нефракционированный гепарин – 8,3%) или дезагрегантами (аспирин - 50%). После успешной кардиоверсии больным в качестве антитромботической терапии назначался варфарин (41,7%) или аспирин (58,3%) в дозе 125 мг/сут. Больные второй группы в качестве антитромботической терапии в стационаре получали аспирин (88,5%) и антикоагулянты (6,6%). На амбулаторное лечение им был рекомендован аспирин в дозе 100-150 мг/сут (91,8%), варфарин назначен только 1 пациенту, в то время как высокий риск тромбоэмболических осложнений имели 9 человек из данной группы. Пациенты третьей группы получали антитромботическую терапию в виде аспирина в дозе 100-125 мг/сут (88,6%), в то время, как только в дозе 325 мг/сут аспирин может быть альтернативой непрямым антикоагулянтам у больных с низким риском тромбоэмболий или при наличии противопоказаний к назначению антикоагулянтов. Варфарин получали только 26,5% больных из группы высокого риска.

Выводы: имеет место недооценка важности антитромботической терапии у больных с ФП. Недостаточно часто назначаются антикоагулянты (как до, так и после плановой кардиоверсии). В качестве альтернативы антикоагулянтам назначается аспирин, но в недостаточных дозах. Редкое назначение непрямых антикоагулянтов врачи связывают с отсутствием возможности регулярного контроля МНО в амбулаторных условиях, повышением риска кровотечений, низкой приверженностью к лечению больных пожилого возраста.

0855 ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Смирнова Е.А., Якушин С.С., Кулешова С.А., Колдынская Э.И.
Областной клинический кардиологический диспансер, ГОУ ВПО РязГМУ им. акад. И.П.Павлова Росздрава, Рязань, Россия

Цель: изучение 5-летней динамики распространенности, информированности и лечения артериальной гипертонии (АГ) среди мужчин и женщин Рязанской области по данным обследования репрезентативной выборки.

Методы: в 2002 году в рамках Российского эпидемиологического исследования «ЭПОХА» обследована репрезентативная выборка населения Рязанской области (2098 человек). В 2007 году данная выборка обследована повторно. Изучались социально-демографические характеристики, анамнез, клиническое состояние на момент осмотра с измерением пульса и АД, медикаментозная терапия с уточнением доз препаратов. В группу АГ включены пациенты с выявленным при двукратном измерении АД ≥140/90 мм рт.ст., а также с нормальным АД, получающие антигипертензивную терапию. Обработано 1695 скрининговых карт, что составило 80,8% от обследованных в 2002 году. 206 человек выбыли из исследования в связи с переменой места жительства, 185 - по причине летального исхода, 12 человек категорически отказались от повторного обследования.

Результаты: распространенность АГ в Рязанской области в 2007 году по предварительным данным составила 39,4%, что соответствует данным 2002 г (36,6%, p=0,072). Средний возраст больных АГ увеличился (61,3±0,5 по сравнению с 58,6±0,5 в 2002 г, p<0,001). Среди пациентов АГ по-прежнему преобладают женщины. Стандартизованная по возрасту распространенность АГ среди женщин выше, чем среди мужчин (41,7% против 35,7%, p<0,01). Женщины с АГ старше мужчин, средний возраст женщин 62,4±0,6 лет, мужчин 59,0±0,9 лет (p<0,05). За пятилетний период информированность населения о наличии АГ существенно не изменилась и составляет 80,7%. Увеличилось количество пациентов, принимающих антигипертензивные препараты (с 64,7% до 79,9%, p<0,001), но при этом число эффективно леченых больных не изменилось (13,4% в 2002г, 16,6% в 2007г, p=0,089). Женщины, страдающие АГ, по-прежнему лучше информированы по сравнению с мужчинами (83,5% против 73,8%), чаще (85,8% против 67,9%) и эффективнее лечатся (19,0% против 11,3%). В структуре принимаемых

препаратов лидирующие позиции, как и ранее, принадлежат ингибиторамАПФ (67,4%). На второе место вышли диуретики (52,7%), потеснив группу устаревших гипотензивных средств, которые стали назначаться реже (10,1%). На третьем месте продолжают оставаться бета-адреноблокаторы (44,0%), среди которых стали чаще применяться метопролол (48,5%) и бисопролол (26,9%). Среди антагонистов кальция (21,3%), наряду с нифедипином (53,6%), стал назначаться амлодипин (30,0%). Появились комбинированные препараты (11,6%), АРА II (0,6%), агонисты I1 имидазолиновых рецепторов (0,6%), но их удельный вес крайне низкий.

Выводы: распространенность АГ среди населения Рязанской области за 5 летний период достоверно не изменилась и составляет 39,4% (35,7% среди мужчин и 41,7% среди женщин). Несмотря на увеличение количества лечащихся пациентов и положительные сдвиги в структуре принимаемых антигипертензивных средств, эффективность лечения не изменилась и остается на низком уровне (16,6%).

0856 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФЕНОТРОПИЛА В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ИБС И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Смирнова И.М., Поликутина О.М., Нехорошева А.Н.
МУЗ «Кемеровский кардиологический диспансер», Кемерово, Россия

В настоящее время внимание многих исследователей привлекает частое сочетание церебрального инсульта с ИБС. Доказано, что у больных с коронарной патологией риск развития инсульта увеличивается в три раза, у 77% больных с церебральной ишемией при тщательном обследовании обнаруживаются различные сердечно – сосудистые изменения. Это не только определяет ведущее значение кардиальной патологии в патогенезе ишемического инсульта, но и влияет на его течение и исход.

Цель: Изучить клиническую эффективность Фенотропила в восстановительном периоде ишемического инсульта, ассоциированного с ИБС и артериальной гипертонией.

Методы: Сформированы две однородные группы больных, которые получали, базовую медикаментозную терапию, физические методы реабилитации, групповую психотерапию. Больным первой группы (n=20) назначался Фенотропил 100 мг в течение 24 дней, в контрольной группе (n=20) ноотропы не назначались. Всем больным проводилось клинико-неврологическое исследование, дуплексное сканирование экстракраниальных артерий, транскраниальная допплерография (ТКДГ), суточное мониторирование АД, суточное мониторирование ЭКГ с определением вариабельности ритма сердца. Психологическое тестирование выполнялось с использованием краткой шкалы оценки когнитивного дефицита (MMSE), степень тревожно-депрессивного расстройства по госпитальной шкале тревоги и депрессии, субъективной шкалы оценки астении MFI – 20.

Результаты: Курсовое лечение Фенотропилом привело к достоверному регрессу неврологического дефицита: по шкале Лайонса на 46.3% и по шкале Гусева на 10,9% ($p<0,05$), улучшению суммарных показателей когнитивных функций больных по шкале MMSE с 26,4±2,1 до 29,7±1,1 баллов ($p<0,05$), уменьшению тревожно-депрессивных расстройств, астенического синдрома: общая астения с 13,47±1,96 до 7,34±2,34, физическая астения с 13,25±3,17 до 7,92±2,51 ($p<0,05$), что свидетельствует о достоверно лучшем функциональном исходе восстановительного периода ишемического инсульта по сравнению с контрольной группой. Использование препарата Фенотропил способствовало положительной динамике основных показателей суточного мониторирования АД, уменьшению вариабельности АД (САД на 17,7%; ДАД на 31,1%), что минимизировало риск развития осложнений гипотензивной терапии у пациентов с ишемическим инсультом. При анализе вариабельности ритма сердца имелась тенденция к повышению ВРС (SDNN на 14,6%, $p<0,05$) на фоне лечения фенотропилом. Значительно улучшились показатели мозгового кровотока по данным ТКДГ: увеличилась ЛСК, нормализовались показатели ауторегуляции и коэффициенты цереброваскулярной реактивности (ИВМР до лечения – 51±3,4, после лечения – 69,4±5,2, $p<0,05$) .

Выводы: Фенотропил эффективен в комплексном лечении больных с ишемическим инсультом, ассоциированным с ИБС и артериальной гипертонией на этапе реабилитации.

0857 КОРРЕКЦИЯ ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ МЕТОДОМ БИОРЕГУЛИРУЕМОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ

Смирнова И.Н., Алайцева С.В., Шер И.И., Смирнов В.В.
ФГУ «Научн о-исследовательский институт курортологии и физиотерапии» Росздрава, Томск, Россия

Целью настоящего исследования являлось изучение показателей психологического статуса и электрической активности головного мозга у больных гипертонической болезнью в течение года на фоне лечения с применением биорегулируемой электростимуляции. Исследования выполнены у 28 больных ГБ I-II стадии, средний возраст больных составил 48,2±4,3 лет. Регистрацию ЭЭГ производили электроэнцефалографом «Энцефалан-131-03» в системе отведений «10-20% по 16 каналам». Психологический статус оценивали по результатам опроса с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS. Лечение методом биорегулируемой электростимуляции проводилось от аппарата «СКЭНАР-97.4» на область шейно-воротниковой зоны и волосистую часть головы, с частотой 90,7 Гц.

Психологическое тестирование у больных ГБ выявило определенные сезонные отличия. Средний балл личностной тревожности по шкале HADS оказался более высоким осенью по сравнению с параметрами весеннего и летнего периодов года (8,00±0,92 и баллов, $p<0,0001$). Более высокий уровень депрессии, напротив, наблюдался весной, а наиболее благоприятным был в этом отношении летний период – минимальные уровня тревожности и депрессии.

Проведенный косинор-анализ параметров альфа-ритма у больных ГБ выявил наличие достоверной окологодовой динамики с максимальными абсолютными значениями мощности (АЗМ) в феврале и июне и минимальными – в апреле. Следовательно, выявленный при психологическим тестировании повышенный уровень депрессии в весеннее время года имеет в своей основе нарушения регуляторных механизмов электрической активности головного мозга. В летний период, наиболее благоприятный в отношении психологического статуса, отмечается преобладание высокоамплитудных ЭЭГ, что говорит об улучшении синхронизации нейрональной активности. При этом в эти же месяцы возрастала суммарная альфа-активность, что свидетельствует о нормализации зонального распределения альфа-активности головного мозга.

С учетом выявленных изменений в весенне-осенние месяцы года больным ГБ проводилось лечение с применением биорегулируемой электростимуляции, после лечения отмечено снижение уровня тревоги и депрессии по шкале HADS, статистически значимое снижение АЗМ в диапазоне бета по отведениям O2, O1, P4, P3, C4, C3, F8, F3, T6, F7; АЗМ в диапазоне дельта по отведению C3; АЗМ в диапазоне альфа в отведении F7 в фоновой ЭЭГ и при проведении пробы на открывание глаз. Так как происхождение бета-ритма связывают с состоянием ретикулярной формации ствола мозга, то полученные позитивные изменения ЭЭГ могут свидетельствовать о снижении избыточных активирующих влияний на кору головного мозга и нормализации электрической активности головного мозга после лечения с применением нейроадаптивной электростимуляции.

0858 ОПРЕДЕЛЕНИЯ, РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПРЕДИКТОРЫ СКРЫТОЙ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Смирнова М.И., Горбунов В.М., Деев А.Д., Андреева Г.Ф.
ФГУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, Москва, Россия

Цель исследования: определить распространенность скрытой артериальной гипертонии на лечении (скрытая неэффективность лечения, СНЛ) различными антигипертензивными препаратами (АГП) при использовании нескольких ее определений, а также предикторы СНЛ.

Материалы и методы: Была проанализирована база данных, состоящая из 438 суточных мониторирований артериального давления (СМАД) у 219 больных. Эти данные были отобраны из 9 исследований 5 групп АГП (амлодипин, алтиазем, эналаприл, атенолол, лизиноприл, лозартан, телмисартан, моксонидин), проведенных в Центре. Мы применили следующие определения СНЛ: 1) 24ч амбулаторное АД ≥130/80 мм рт.ст., 2) дневное амбулаторное АД ≥135/85 мм рт.ст., 3) утреннее амбулаторное АД (06.00-08.00ч) ≥135/85 мм рт.ст., 4) «рабочее» АД (11.00-19.00ч) ≥135/85 мм рт.ст. За нормальное клиническое было принято АД <140/90 мм рт.ст. В качестве показателя корреляции использовали коэффициент ф_. Для выявления предикторов СНЛ был проведен логистический регрессионный анализ. Для каждого наблюдения анализировали разность между амбулаторным и клиническим АД на фоне лечения – эффект скрытой гипертонии (ЭСГ, Verberk W.J. и соавт., 2007). Чем больше величина данного показателя, тем более выражена «склонность» к СНЛ. Уровень амбулаторного АД оценивали по усредненной величине АД в «рабочее» время, как статистически наиболее надежному показателю СНЛ. Затем были совместно проанализированы основные исходные показатели СМАД с фактором приема исследовавшихся АГП. Предикторы увеличения ЭСГ оценивались с поправкой на возраст и пол пациентов (при этом отмечена тенденция к отрицательной корреляционной связи ЭСГ с возрастом и положительной – с мужским полом).

Результаты: Распространенность СНЛ при использовании 1-го из указанных определений составила 15,7% (n=34, φ=0,376). 4-е определение выявило относительно меньшую распространенность СНЛ артериальной гипертонии (АГ) – 11,0% (n=24), но оказалось статистически более надежным (φ=0,422). При использовании 2-го и 3-го определений распространенность СНЛ была 11,5% (n=25, φ=0,421) и 8,1% (n=17, φ=0,317) соответственно. Хотя бы одному из указанных выше 4-х определений соответствовало 17,4% наблюдений (n=38, φ=0,388). Наибольшее число случаев СНЛ наблюдалось на фоне приема амлодипина (n=12) и лизиноприла (n=8), ни одного – на фоне лечения телмисартаном.

Были выявлены следующие основные предикторы СНЛ: 24ч вариабельность систолического АД (p<0,001); прием амлодипина (p<0,01) и метопролола (p<0,05); величина минимума среднего АД в дневной период (p<0,01).

Выводы: Согласно нашим данным, распространенность СНЛ АГ составляет 8,1-17,4%. СНЛ более вероятна при лечении антагонистами кальция и бета-адреноблокаторами у больных с исходно высокой вариабельностью и отсутствием эпизодов выраженного снижения АД в дневной период.

0859 ДИСЛИПИДЕМИЯ И НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С КОМОРБИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Смирнова О.И., Захарченко С.П., Выдрина Н.Д., Третьяков А.Ю.
Институт последипломного медицинского образования, областная клиническая больница, областная психоневрологическая больница, Белгород, Россия

Введение. Удобным методическим приемом расшифровки неврогенных детерминант нарушений сердечного ритма при артериальной гипертонии (АГ) служит анализ особенностей соматической патологии при шизофрении, в то же время биохимический статус у больных данной группы, в силу необходимости проведения продолжительной психокоррегирующей терапии, нередко значительно отличается от соответствующих стандартов психически здоровых гипертоников.

Цель исследования состояла в изучении липидного профиля и углеводного обмена у больных АГ с коморбидной шизофренией (при наличии или отсутствии у них аритмических эпизодов), находящихся на различных программах психофармакологической терапии.

Материалы и методы. Группа больных шизофренией, страдающих АГ (1-2 степень) - 131 человека (47 мужчин и 84 женщин, средний возраст 55,9±10,1 лет) с наличием (12 случаев) и отсутствием (119 случаев) аритмий, из них 55 испытуемых находились на амбулаторном и 76 – на стационарном лечении. В терапии 49 пациентов (1-я группа) использовалась традиционная комбинация психотропных средств, у 52 к ним добавлялись атипичные нейролептики (2-я группа), остальные 30 человек (3-я группа) в течение последних 4-6 недель психофармакологическое лечение не использовали. Контроль (4-я группа) - 197 психически здоровых лиц с аналогичной степенью АГ (89 мужчин, 108 женщин, средний возраст 56,3±9,7 лет). У всех больных определяли уровень глюкозы, общего холестерина (ОХН), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), рассчитывали уровень липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) по формуле W. Friedewald et al. и коэффициент атерогенности.

Результаты исследования. Установлено, что нарушения сердечного ритма в целом среди больных АГ, страдающих шизофренией встречаются значительно реже, чем в контроле (p=0,003), тогда как уровень глюкозы, ОХН, ТГ и ЛПНП не имеет существенной разницы в сравнении с выборкой психически здоровых гипертоников. Анализ биохимических паттернов и аритмий внутри психиатрической когорты свидетельствует о преимущественной распространенности нарушений ритма во 2-й группе (χ^2=6,45; p=0,04), наряду с ростом средних значений гликемии (p=0,018), ЛПНП и коэффициента атерогенности (p<0,05) в сравнении с 3-й, уровня гликемии (p=0,042) – с 1-й, а также концентрации ЛПВП, ЛПНП, коэффициента атерогенности – с 4-й группой. Сопоставление критерия суточная доза/длительность приема атипичных нейролептиков и значений ЛПНП во 2-й группе позволяет констатировать значимую связь двух характеристик с p=0,046.

Выводы. Дислипидемия и нарушения углеводного обмена при использовании атипичных нейролептиков у больных АГ, страдающих шизофренией ассоциированы с повышением встречаемости аритмий и могут рассматриваться в качестве возможных факторов в их формировании.

0860 ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С КОМОРБИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ХОДЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЙ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Смирнова О.И., Выдрина Н.Д., Захарченко С.П., Третьяков А.Ю., Грищенко А.А.
Институт последипломного медицинского образования, областная клиническая больница, областная психоневрологическая больница, Белгород, Россия

Введение. Средства психофармакологической группы, благодаря достаточной аффинности к большему числу рецепторных образований, локализованных не только в центральной нервной системе, но и на периферии, приобретают целый ряд дополнительных физиологических качеств индуктивного и модулирующего характера. Речь идет о электровозбудимых тканях и миокарде. Известна, в частности, способность антидепрессантов, типичных и атипичных нейролептиков потенцировать различные виды аритмий.

Цель исследования: изучить распространенность и особенности изменений ЭКГ у больных шизофренией с сопутствующей артериальной гипертонией.

Материалы и методы. Группа больных шизофренией, страдающих АГ (1-2 степень) - 131 человека (47 мужчин и 84 женщин, средний возраст 55,9±10,1 лет) с наличием (12 случаев) и отсутствием (119 случаев) аритмий, из них 55 испытуемых находились на амбулаторном и 76 – на стационарном лечении. В терапии 49 пациентов (1-я группа) использовалась традиционная комбинация психотропных средств, у 52 к ним добавлялись атипичные нейролептики (2-я группа), остальные 30 человек (3-я группа) в течение последних 4-6 недель психофармакологическое лечение не использовали. Контроль (4-я группа) - 197 психически здоровых лиц с аналогичной степенью АГ (89 мужчин, 108 женщин, средний возраст 56,3±9,7 лет).

Результаты исследования. Установлено, что нарушения сердечного ритма среди больных АГ, страдающих шизофренией встречаются значительно реже, чем в контроле (p=0,003), с преимущественной, при сравнении с 1-й и 3-й группами, распространением нарушений ритма среди пациентов 2-й группы (χ^2=6,45; p=0,04). В последнем случае диагностировались атриовентрикулярная блокада 1-2 степени, единичные желудочковые и предсердные эстрасистолии, пробежка желудочковой тахикардии. Дополнительными ЭКГ находками у больных, получающих комбинацию типичных и атипичных нейролептиков, является удлинение интервала QT, эпизоды брадикардии. Частота диагностики этих изменений среди указанных пациентов не зависело от фактора отсутствия или наличия гипертрофии левого желудочка, обусловленного АГ: ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка (по индексу Соколова-Лайона или Корнельскому произведению) равномерно распределялись в 1-й, 2-й и 3-й группах (p=0,812). Аналогичное совпадение встречаемости аритмий и остальных ЭКГ находок при АГ зафиксировано между 2-й и 4-й группами, тогда как суммарное количество электрокардиографических нарушений у пациентов 3-й группы было минимальным (всего 2 случая), что значительно отличалось от значений выборки психически здоровых гипертоников (p<0,001) и больных шизофренией, получающих психофармакологическую терапию (p<0,05).

Выводы. Комплексная психофармакологическая терапия является условием повышения частоты электрокардиографических нарушений у больных шизофренией с коморбидной АГ, наоборот, отсутствие активной психокоррекции лимитирует встречаемость аритмических эпизодов.

0861 РАЗВИТИЕ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА ПРИ НАРУШЕНИИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Смоленская О.Г., Макарова В.Л., Зенин Д.М., Суслов С.А.
ГОУ ВПО УГМА Росздрава, ООО ГБ № 41, Екатеринбург, Россия

Целью нашего исследования было уточнение роли различных форм нарушения углеводного обмена (НУО) в развитии коронарного атеросклероза по результатам компьютерной коронароангиографии у больных, не имеющих ИБС.

Материалы и методы. Проведено одномоментное открытое обследование 183 больных без ИБС с различными факторами риска развития атеросклероза. В основную группу вошли 72 пациента с нарушением углеводного обмена, из них: 28 пациентов с СД 2 типа (СД 2 типа), 24 пациента с нарушением толерантности к глюкозе (НТГ), 20 пациентов с гипергликемией натощак (ГГН). 111 больных без ИБС и НУО составили группу сравнения (ГС). Средний возраст больных 52,74±6,86 лет. Было обследовано 163 мужчины (89%) и 20 женщин (11%). Всем больным исследовали артерии коронарного русла до сосудов третьего порядка (компьютерная коронароангиография) на компьютерном томографе SOMATON Sensation 16 (Siemens).

Результаты. Установлено достоверное повышение шанса выявления атеросклеротических изменений коронарных артерий у больных с (НУО) относительно ГС (ОШ 2,29; 95% ДИ 1,24-4,23). Для больных с НОУ характерно диффузное поражение сосудов (ОШ 2,96; 95% ДИ 1,33-6,56), многососудистое поражение (ОШ 2,53; 95% ДИ 1,28-5,22) и преимущественное поражение ПМЖА (ОШ 2,17; 95% ДИ 1,19-3,97), p<0,05. Шанс выявления атеросклеротических изменений у больных с ГГН не отличается от ГС по всем показателям, p>0,05. Атеросклеротические изменения коронарных артерий у больных с НТГ выражены сильнее. ОШ патологии коронарных артерий больных этой группы относительно ГС составляет 1,71 (95% ДИ 0,70-4,17). Шанс дистального поражения сосудистого русла при НТГ в 5,04 раза выше, чем в ГС (ОШ =5,04; 95% ДИ 1,4 - 18,19), вероятность диффузного поражения сосудов в 4,12 раза выше, чем в ГС (ОШ =4,12; 95% ДИ 1,39–12,24). Наиболее выраженные изменения в коронарных артериях установлены у больных с СД 2 типа. Это положение подтверждает значительное увеличение шанса развития атеросклеротической патологии коронарных артерий у этих больных относительно ГС (ОШ 7,32; 95% ДИ 2,28-22,5). У больных с СД 2 типа достоверно выше шанс многососудистого поражения (ОШ 5,17; 95% ДИ 2,11-12,66), диффузного распространения процесса (ОШ 4,58; 95% ДИ 1,72-12,19), преимущественного поражения ПМЖА (ОШ 7,56; 95% ДИ 2,67-21,39) и вероятность выраженной кальцинации сосудов, значимой для развития ИБС (ОШ 4,78; 95% ДИ 1,72-13,34).

Выводы. Нарушения углеводного обмена приводят к значимым атеросклеротическим изменениям в коронарных сосудах.

НТГ и СД 2 типа следует рассматривать, как самостоятельные факторы риска развития атеросклероза.

0862 ФАКТОРЫ РИСКА ССЗ И АТЕРОСКЛЕРОЗ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ

Смоленская О.Г., Макарова В.Л., Зенин Д.М., Суслов С.А.
ГОУ ВПО УГМА Росздрава, ООО ГБ №41, Екатеринбург, Россия

Целью нашего исследования было уточнение роли различных факторов риска в развитии коронарного атеросклероза по результатам рентгеноконтрастного исследования артерий у больных, не имеющих ИБС.

Материалы и методы. Проведено одномоментное открытое обследование 183 больных без ИБС с различными факторами риска. Всем больным исследовали артерии коронарного русла до сосудов третьего порядка (компьютерная коронароангиография) и определяли содержание кальция (Ca score) на компьютерном томографе SOMATON Sensation 16 (Siemens). Диагностически значимым для развития ИБС считалось содержание кальция в коронарных сосудах более 75 процентилей поло-возрастной нормы (показатель Агатстона).

Результаты. АГ была выявлена у 123 (67,21%). Шанс выявления атеросклеротической патологии коронарных артерий у гипертоников достоверно выше, чем у нормотоников (ОШ 2,70; 95% ДИ 1,42-5,11). ОШ наличия содержание кальция >75 процентилей поло-возрастной нормы составило 1,44; 95% ДИ 0,54–3,87. Избыточную массу тела или ожирение (ИМТ>25), имели 64 больных (34,97%). Шанс выявления коронарного атеросклероза был выше у больных с ИМТ>25, (ОШ 1,64, 95%ДИ 0,88-3,04), но разница недостоверна. ОШ повышенной кальцинации коронарных артерий составило 3,50; 95% ДИ 1,39–8,77. Нарушение углеводного обмена (НОУ) выявлено у 72 больных (39,3%). Шанс развития атеросклеротических изменений коронарных артерий у больных с НУО в 2,29 раза превышает группу сравнения (ОШ 2,29; 95% ДИ 1,24-4,23), вероятность развития ИБС в 2,23 раза выше (ОШ 2,23; 95% ДИ, 0,92-5,39).

Более 10 сигарет в день выкуривало 62 пациента (33,88%). По отношению шансов развития коронарного атеросклероза было установлено достоверное преимущество группы курящих больных (ОШ 2,27; 95% ДИ 1,20-4,28). У этих больных был достоверно выше шанс обнаружения повышенного содержания кальция в коронарных сосудах (ОШ 2,94; 95% ДИ 1,21-7,17).

Выводы. По данным компьютерной коронарографии и Ca-score наиболее существенным и достоверным в развитии коронарного атеросклероза из проанализированных факторов риска является АГ и НУО, избыточное отложение кальция в коронарных сосудах, значимое для развития ИБС, достоверно связано с курением и избыточной массой тела.

0863 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ - ПРИЧИНА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

Смоленская О.Г., Комельских К.А., Суслов С.А.
ГОУ ВПО УГМА Росздрава, ООО ГБ №41, Екатеринбург, Россия

Целью исследования было выявление связи ишемических изменений головного мозга с уровнем повышения АД и изменением толщины комплекса интима-медиа брахеоцефальных сосудов у больных с не осложненным течением АГ.

Материалы и методы. Проведено одномоментное ретроспективное открытое исследование 90 больных. 60 человек имели АГ 1-2 степени, у 30 было нормальное артериальное давление. Средний возраст больных составил 60,67±11,01 лет. Было обследовано 39 женщин (43%) и 51 мужчина (57%). Магнитно-резонансная томография головного мозга проводилась на МР-томографе SHIMADZU EPIOS 5, с напряженностью магнитного поля 0,5 Тесла, мощностью градиентов 15 мТ/м, с применением квадратурной головной катушки Т1-взвешенными (T1W), Т2-взвешенными (T2W) и взвешенными по протонной плотности изображениями (PDW) в сагиттальной и аксиальной плоскостях.

Результаты исследования. Лакунарные инфаркты головного мозга были обнаружены у 46 больных АГ (77%) и у 19 больных с нормальным АД (63%), p>0,05. Среднее количество ишемических очагов у больных АГ составило 9,33±14,88 у одного пациента, а при нормотонии их было в 5 раз меньше, чем у больных АГ (1,76±2,87). Шанс выявления очагов ишемии у больных АГ в 8,4 раз выше, чем у нормотоников (ОШ 8,4; 95% ДИ 3,19-22,11). Самые существенные изменения касались объема очагов ишемии в веществе мозга. В группе больных АГ этот показатель составил 13,65±20,2 $см^3$ и был в 360 раз больше, чем у пациентов с нормальным АД (0,038±0,082 $см^3$), p<0,01. Наибольшее количество ишемических инфарктов у больных АГ располагалось в зоне кровоснабжений СМА (7,51±12,50), что достоверно больше, чем у больных контрольной группы (1,76±2,87), p<0,001. Интегральным показателем атрофии головного мозга больных АГ мы посчитали отношение объема мозга к объему ликворосодержащих пространств. У больных АГ этот показатель составил 5,45±3,23, а в контрольной группе 8,76±2,17, p<0,001. Ишемические изменения в головном мозге нарастают по мере степени повышения АД, различия между 1 и 3 степенью АГ достоверны. Увеличение толщины комплекса интима-медиа сосудов брахеоцефальной зоны сочетается с нарастанием количества лакунарных инфарктов, увеличением объема поврежденной ткани головного мозга и прогрессированием атрофии коры головного мозга, различия между 1 и 4 квартилями распределения по ИИМ достоверны по всем основным показателям.

Выводы. При АГ не осложненного течения в головном мозге больных выявляются значительные ишемические изменения и атрофия головного мозга, связанные с увеличением степени повышения АД и нарастанием толщины комплекса интима-медиа сосудов брахеоцефальной зоны.

0864 ЗНАЧЕНИЕ РЕЖИМА ПРИЕМА ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В РАЗВИТИИ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У БОЛЬНЫХ АГ

Смоленская О.Г., Комельских К.А., Суслов С.А.
ГОУ ВПО УГМА Росздрава, ООО ГБ №41, Екатеринбург, Россия

Цель исследования. Выявление степени ишемических изменений головного мозга у больных с не осложненным течением АГ и влияния различных режимов приема гипотензивных препаратов на эти изменения

Материалы и методы. Было обследовано 60 больных АГ 1–2 степени тяжести без анамнестических указаний на какие-либо проявления осложнений АГ со стороны нервной и сердечно-сосудистой системы и 30 больных без АГ (контрольная группа). Средний возраст больных 60,67±11,01 лет. Было обследовано 39 женщин (43%) и 51 мужчина (57%). 48 человек (80%) регулярно принимали препараты из группы ингибиторов АПФ. 12 больных эпизодически для коррекции повышения артериального давления использовали монотерапию нифедипином. Магнитно-резонансная томография головного мозга проводилась на МР-томографе SHIMADZU EPIOS 5, с напряженностью магнитного поля 0,5 Тесла, мощностью градиентов 15 мТ/м, с применением квадратурной головной катушки Т1-взвешенными (T1W), Т2-взвешенными (T2W) и взвешенными по протонной плотности изображениями (PDW) в сагиттальной и аксиальной плоскостях.

Результаты исследования. Количество лакунарных инфарктов (24,58±22,66) головного мозга у больных, ситуационно получавших нифедипин, достоверно в 4,4 раза превышало этот показатель в группе больных, регулярно принимавших ИАПФ (5,61±8,75), p<0,01. У больных не регулярно принимавших АК короткого действия было установлено значительное превышение количества очагов в базальных ганглиях, в височных долях, в мозолистом теле, перивентрикулярно и субкортикально в полушариях мозга. У больных, принимавших нифедипин, объем лакунарных инфарктов составил 52,58±7,82см3, что достоверно выше, чем в группе лечения ИАПФ (3,42±5,70 см3), p<0,01. Количество лакунарных инфарктов в бассейнах СМА, ЗМА, ОА и ПА на фоне эпизодического лечения в среднем в 4 раза превышало показатели в группе регулярного лечения. Для всей группы больных артериальной гипертонией вероятность развития лакунарных инфарктов была в 8,4 (95% ДИ 3,19-22,11) раза выше, чем для нормотоников, p<0,01. При терапии ИАПФ этот показатель составляет 7,47 (95% ДИ 2,09-26,63) по сравнению с контрольной группой. У больных ситуационно лечившихся нифедипином шанс развития лакунарных инфарктов превышает контрольную группу в 25,67 раза (95% ДИ 2,87-229,57), p<0,01.

Выводы. Использование пациентами для лечения АГ эпизодически короткодействующих гипотензивных препаратов может выступать в качестве дополнительного фактора, влияющего на развитие очаговой мозговой ишемии и формирование субкортикальной мультиинфарктной артериосклеротической энцефалопатии.

0865 СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ В СПОРТЕ

Смоленский А.В.
НИИ спортивной медицины Российского государственного университета физической культуры, спорта и туризма, Москва, Россия

Проблема внезапной смерти в спорте существует более 2500 лет. В Афинской газете 490 года до нашей эры было опубликовано следующее сообщение: «Трагедия в Марафоне. Молодой солдат-афинянин по имени Фиддипид умер после забега на длинные дистанции. Сенат отдал распоряжение провести расследование, выяснить причины смерти и определить виновных...».

По мнению B.J. Maron, внезапной смертью в спорте следует считать смерть, наступившую не только в течение 1 часа, но и в течение 6-24 часов с момента появления первых симптомов, заставивших спортсмена изменить или прекратить свою деятельность. На сегодняшний день среди причин смерти в возрасте менее 35 лет доминирующими являются гипертрофическая кардиомиопатия, аномалии развития коронарных артерий, аритмогеннная дисплазия правого желудочка, различные формы гипертрофии миокарда, синдром Марфана, Бругада-синдром, врожденные пороки сердца. Коронарная болезнь сердца – преобладающая причина внезапной смерти спортсменов старше 35 лет. Однако не всегда возможно установить причину внезапной смерти, что, по-видимому, обусловлено генетическими факторами, ассоциированными с жизнеугрожающими нарушениями ритма. Анализ 158 случаев внезапной смерти спортсменов, зарегистрированных в США за 10 лет, показал, что кардиальные причины составили 85%. В основном - в игровых видах спорта - баскетболе и футболе (68% случаев). В период с 1999 по 2002 год только среди испанских спортсменов зафиксировано 49 случаев внезапной смерти при занятиях спортом. Среди них 21 велосипедист, 13 футболистов, 5 гимнастов, 2 баскетболиста и 8 представителей других видов спорта. Таким образом, чаще всего речь идет о внезапной сердечной

смерти, которая в значительной части случаев является следствием острых физических перенапряжений, возникающих при чрезмерной нагрузке на тренировке, соревновании или же просто на занятии физическими упражнениями. Иногда можно проследить связь между внезапной смертью и приемом допинга, алкоголя, неизвестных лекарственных средств. Внезапная кардиальная смерть чаще всего обусловлена фибрилляцией желудочков либо трансформацией желудочковой тахикардии в фибрилляцию желудочков. По данным Ф. Фуранелло основной причиной остановки сердца у спортсменов считается фибрилляция желудочков, составившая 88% случаев, и в 12% случаев остановка сердца была обусловлена асистолией. По данным ряда исследователей, среди спортсменов в возрасте до 40 лет с фибрилляцией желудочков в 14% случаев при тщательном клинико-инструментальном обследовании не было выявлено кардиальной патологии.

Таким образом, необходим тщательный ЭКГ мониторинг за спортсменами как в покое, так и при физических нагрузках. Особенно если спортсмен предъявляет жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы. Крайне важным, с клинической точки зрения, является изучение возможных предикторов угрожающих состояний в спорте и создание Национального регистра внезапной смерти в спорте.

0866 СОДЕРЖАНИЕ ЭНДОТЕЛИНА-1 У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ

Соколова Н.А., Говорин А.В., Витковский Ю.А., Руцкина Е.А., Солпов А.В., Бойко Е.В.
ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Росздрава, Чита, Россия

Известно, что уксусная кислота является гемолитическим ядом, при действии которого происходят существенные изменения со стороны сосудисто-тромбоцитарного гемостаза. Одним из маркеров поражения сосудистой стенки является определение уровня эндотелина-1.

В этой связи представляет интерес изучение выраженности эндотелиальной дисфункции при остром отравлении уксусной кислотой.

Цель: изучить содержание эндотелина-1 у больных с острым отравлением уксусной кислотой в динамическом наблюдении.

Материалы и методы: обследовано 33 больных с острым отравлением уксусной кислотой, из них 17 пациентов с отравлением средней степени и 16 пациентов с отравлением тяжелой степени. В контрольную группу вошли здоровые лица в количестве 14 человек. Возраст пострадавших составил 32±6,4 года. Средняя доза принятой концентрированной 70% уксусной кислоты 32,5±5,4 мл. Содержание эндотелина-1 определяли методом иммуноферментного анализа с помощью набора Biomedica ENDOTELIN (1-21), кат. № 442-0052. Исследование проводилось всем больным на 1-е, 5-е и 10-е сутки заболевания.

Результаты: при определении уровня эндотелина-1 у больных с острым отравлением уксусной кислотой установлено, что в группе пациентов с тяжелым отравлением на 1-е, 5-е, и 10-е сутки заболевания концентрация эндотелина-1 составила 16,28±078 фмоль/мл, 7,52±0,92 фмоль/мл, 1,32±0,09 фмоль/мл, соответственно, что имело высокодостоверные различия по отношению к контролю (0,17±0,01 фмоль/мл; $p<0,001$). В группе пациентов с отравлением средней степени тяжести также, как и в предыдущей группе, отмечалось значительное увеличение исследуемого показателя. На 1-е, 5-е и 10-е сутки заболевания концентрация эндотелина-1 составила 14,15±1,2 фмоль/мл, 5,15±0,73 фмоль/мл и 1,22±0,18 фмоль/мл, соответственно, что имело различия по сравнению с показателями здоровых лиц ($p<0,001$). При проведении динамического анализа полученных результатов установлено, что в группе пациентов с отравлением тяжелой степени содержание эндотелина-1 достоверно снижалась как в период с 1-х по 5-е сутки ($p<0,001$), так и в период с 5-х по 10-е сутки ($p<0,001$). Подобная динамика исследуемого показателя отмечалась в группе пациентов с отравлением средней степени тяжести.

Выводы: у больных с острым отравлением уксусной кислотой выявлена эндотелиальная дисфункция, характеризующаяся повышением содержания эндотелина-1 и сохраняющаяся в течение всего стационарного периода наблюдения.

0867 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА МИКАРДИС У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Соловьева А.В., Чичановская Л.В., Караева Е.В., Доренская О.В.
ГОУ ВПО «Тверская ГМА» Росздрава, Тверь, Россия

Цель работы: изучить эффективность препарата Микардис (телмисартан) у пациентов, страдающих артериальной гипертонией (АГ) на фоне метаболического синдрома (МС).

Материалы и методы: Обследовано 40 пациентов (средний возраст 61,2±1,03 года; мужчин -21, женщин- 19) с диагнозом: «АГ, гиперлипидемия, абдоминальное ожирение, нарушение толерантности к глюкозе». Они в течение 12 нед получали антигипертензивную терапию препаратом Микардис в дозе 40-80 мг/сут.

До включения в исследование не получали антигипертензивных препаратов 8 (20%) пациентов, на монотерапии находились 9 (22,5%) пациентов, два препарата принимали 13 (32,5%), а три и более препарата – 10 (25%) пациентов.

После включения в исследование Микардис назначали либо в качестве монотерапии, либо в комбинации с другими антигипертензивными препаратами.

Помимо клинического обследования, всем пациентам в динамике определены антропометрические показатели (с определением жировой массы тела и индекса ОТ/ОБ), уровень гликемии и HbA1c, липидный спектр и микроальбуминурия.

Результаты: Через 12 недель терапии было достигнуто статистически значимое снижение АД. Систолическое АД (САД) снизилось со 160,3±0,78 до 137,7±0,39 мм рт.ст. Диастолическое АД (ДАД) снизилось с 93,3±0,61 до 82,3±0,19 мм рт.ст. Целевых уровней АД достигли 34 пациента (85%). При этом монотерапию Микардисом получали 17 (42,5%) пациентов, два антигипертензивных препарата – 18 пациентов (45%), а три и более антигипертензивных препаратов – всего 5 больных (12,5%). Следует заметить, что в качестве комбинированной терапии 14 (35%) пациентов принимали препарат Микардис плюс (комбинация телмисартана и гидрохлортиазида).

У 24 пациентов (60%) зарегистрировано снижение массы тела (с 97,3±2,17 кг до 94±1,12 кг), ОТ (с 102,1±4,22 см до 99,2±2,05 ($p<0,05$)) и индекса ОТ/ОБ (с 0,91±0,01 до 0,88±0,01 ($p<0,05$). Снижение процента жировой ткани составило 3,34% ($p<0,05$). Вместе с тем, у 12 (30,0%) обследуемых эти показатели не изменились, в 3 (7,5%) случаях зарегистрировано увеличение массы тела за счет мышечного компонента и у 1 (2,5%) обследуемых - за счет жирового компонента.

У 9 пациентов (22,5%) уровень капиллярной глюкозы натощак снизился на 1,02 ммоль/л ($p<0,05$), а постпрандиальный уровень глюкозы - на 1,51 ммоль/л ($p<0,05$). Уровень HbA1c снизился на D 0,87%.

Не смотря на то, что имелась тенденция к снижению уровня общего холестерина крови, достоверного снижения этого показателя не достигнуто, вместе с тем, зарегистрировано снижение уровня триглицеридов на 0,5 ммоль/л и ЛПОНП на 0,28 ммоль/л ($p<0,05$).

Микроальбуминурия уменьшилась в 100% случаев.

Эффективность терапии, основанной на применении Микардиса, оценена врачами, как отличная в 76% случаев, и хорошая – в 19% случаев.

Выводы: Микардис является эффективным и безопасным препаратом у больных АГ на фоне МС, при этом препарат проявляет не только антигипертензивный эффект, но и достоверно уменьшает проявления МС.

0868 ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Соловьева Н.В., Бурова Н.Н, Глебовская Т.Д.
ФГУ ФЦ «Сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург, Россия

По литературным данным многососудистое поражение (МСП) коронарных артерий встречается в 59-77% случаев.

Цель исследования: установить различия в группах больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) на фоне МСП и однососудистого поражения (ОСП) коронарных артерий.

Материал и методы: Проведено обследование 50 пациентов с ОИМ, которым в первые 72 часа от развития заболевания была выполнена коронароангиография. По наличию ангиографических признаков одно- или МСП в коронарных сосудах пациенты разделены на две группы: I группа – 42 больных с поражением двух и более коронарных артерий - МСП (31 муж., 11 жен., средний возраст 59,09±1,53 года) и II группа (группа контроля) – 8 пациентов с ОСП: 4 муж., 4 жен., средний возраст 45,8±2,73 лет. Проанализированы анамнестические и клинические данные, а также результаты лабораторных и инструментальных исследований.

Результаты: Возраст больных I группы был достоверно старше, чем у больных группы контроля ($p<0,001$). В группах сравнения установлены достоверные различия в величине индекса массы тела (ИМТ): в 1 группе ИМТ составил 28,6±0,7, в группе контроля - 25,1±1,0 ($p=0,04$). Длительность ишемического прекондиционирования миокарда составила 58,66±9,66 мес. у больных I группы и 10,38 ±10,45 мес. в группе контроля ($p=0,05$), при этом анамнез стенокардии более 2 месяцев предшествовал у 73% исследуемых в I группе и у 14% во второй ($p=0,002$). Анамнез артериальной гипертензии прослеживался у 78% больных I группы и 14% - II ($p<0,001$). Исследуемые группы были достоверно различны по уровню АД. «Рабочее» систолическое АД у больных I группы составило 142,00±2,57 мм рт.ст., у пациентов группы контроля - 127,5±4,12 мм рт.ст., ($p=0,02$); максимальное систолическое АД соответственно - 194,00±5,47 мм рт.ст. и 138,75±9,53 мм рт.ст. ($p<0,001$); максимальное диастолическое АД - 106,15±3,04 мм рт.ст. и 82,50±3,14 мм рт.ст. ($p=0,0013$). В I группе у 71% пациентов выявлены признаки замедления релаксации миокарда левого желудочка при эхокардиографии,в группе контроля таких пациентов было 14% ($p=0,03$).

Выводы: Для больных острым инфарктом миокарда на фоне много-сосудистого поражения коронарных артерий характерны наличие длительного анамнеза стенокардии и плохо корригированной артериальной гипертензии, сопровождающейся нарушением релаксации миокарда левого желудочка.

0869 ТЯЖЕСТЬ НАРУШЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА И МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЦА

Соломахина Н. И., Гундарова Л. В.
Госпиталь для Ветеранов войн №1, Госпиталь для Ветеранов войн №2, Кафедра госпитальной терапии №1 ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель: сопоставить тяжесть нарушений гемодинамики у больных с систолической и диастолической ХСН (С-ХСН и Д-ХСН соответственно) пожилого и старческого возраста с морфометрическими показателями сердца (по данным аутопсий).

Методы: анализировались данные осмотра, данные обследования (рентгенография грудной клетки, ЭхоКГ) и протоколы аутопсий 53 пациентов (ср. возраст 73,0±1,5 года, 29 муж. и 24 жен.) Госпиталя для Ветеранов войн №1, умерших при явлениях ХСН на фоне сочетанной патологии миокарда (ишемической болезни сердца, артериальной гипертонии). Всех пациентов в зависимости от значений фракции выброса (ФВ) и конечного диастолического размера (КДР) левого желудочка разделили на: 2 группы: С-ХСН (n=22) (КДР>60 мм, ФВ<40%) и Д-ХСН (n=31) (КДР<50 мм, ФВ>40%). КГ составили 29, сопоставимых по возрасту пациентов, умерших при отсутствии проявлений ХСН. Тяжесть нарушений гемодинамики оценивали в зависимости от выраженности отечного синдрома: 1ст.- застой в малом круге кровообращения, 2ст.- застой в малом и большом кругах кровообращения, 3ст.- анасарка. На аутопсии измеряли вес сердца (г), оценивали размеры сердца по произведению длин трех основных осей (длина х поперечный размер х толщина, см). Сопоставляли вес и размеры сердца с тяжестью нарушений гемодинамики. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета программ Statistica 6.0. Средние значения показателей для сравниваемых групп сопоставлялись при помощи однофакторного дисперсионного анализа с применением post-hoc критерия Ньюмена-Келлса. Для оценки степени зависимости морфометрических показателей сердца от тяжести нарушений гемодинамики рассчитывали ранговый коэффициент корреляции Кендалла τ. Достоверными считались отличия при $p<0,05$.

Результаты и выводы: у больных С-ХСН средний вес сердца достоверно больше, чем у больных Д-ХСН (560±20г и 457±10г $p<0,001$), в обоих группах вес сердца достоверно больше, чем в КГ (363±10г $p<0,001$). Средняя толщина миокарда левого желудочка при С-ХСН достоверно больше, чем при Д-ХСН (2,06±0,11см и 1,83±0,04см, $p=0,01$), в обоих группах этот показатель достоверно больше, чем в КГ (1,56±0,04см, $p<0,03$). Размеры сердца в КГ (495±41) достоверно меньше ($p<0,004$), чем у умерших с С-ХСН (1386±177) и Д-ХСН (1432±126), у которых различия статистически недостоверны ($p=0,81$). Корреляции между весом сердца и тяжестью нарушений гемодинамики не выявлено: у умерших с С-ХСН ($\tau=0,04$ $p=0,82$), с Д-ХСН ($\tau=0,26$ $p=0,09$). У умерших с С-ХСН выявлены сильные достоверные корреляции между длиной сердца и тяжестью нарушений гемодинамики ($\tau=0,78$ $p=0,046$), поперечным размером сердца и тяжестью нарушений гемодинамики ($\tau=0,74$ $p=0,019$), между толщиной сердца и тяжестью нарушений гемодинамики корреляция статистически недостоверна ($\tau=0,54$ $p=0,104$). У умерших с Д-ХСН выявлена корреляция средней силы между поперечным размером сердца и тяжестью нарушений гемодинамики ($\tau=0,57$ $p=0,012$), тогда как между длиной сердца и тяжестью нарушений гемодинамики, а также толщиной сердца и тяжестью нарушений гемодинамики корреляции отсутствуют ($\tau=0,06$ $p=0,79$ и $\tau=0,18$ $p=0,44$).

0870 МОЗГОВОЙ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИЙ ПЕПТИД У БОЛЬНЫХ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АНАСАРКОЙ

Соломахина Н.И.
Госпиталь для Ветеранов войн №1, Кафедра госпитальной терапии №1 ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель: сопоставить уровни мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) у больных пожилого и старческого возраста с систолической и диастолической хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с анасаркой и без нее.

Методы: 47 пациентов (16 из них с анасаркой) Госпиталя для Ветеранов войн №1 пожилого и старческого возраста от 68 до 93 лет (80,0±1,2), (26 муж. и 21 жен.) с ХСН I-IY функционального класса (NYHA) (группа ХСН) разделили на: пациентов с дилатацией левого желудочка (ЛЖ) и сниженной фракцией выброса (ФВ) (КДР>60 мм и ФВ<40%) - систолическая ХСН (группа С-ХСН, n=21) и пациентов с отсутствием дилатации ЛЖ и нормальной ФВ (КДР<50 мм и ФВ>40%) - диастолическая ХСН (группа Д-ХСН, n=26). 14 пациентов без проявлений ХСН, сопоставимых по полу и возрасту, составили контрольную группу (КГ). У всех пациентов исследовали сывороточный уровень NT-proBNP твердофазным иммуноферментным методом (ELISA) набором, содержащим афинные очищенные антитела овцы, спе-

цифичные для NT-proBNP (аминокислоты 8-29), (производитель"Biomedica Gruppe", Австрия). Сравнение средних значений проводилось по критерию Стьюдента. Достоверность различия частот встречаемости признаков определялась по критерию Фишера. Достоверными считались различия при $p<0,05$.

Результаты: выявлено достоверное повышение уровня NT-proBNP у больных ХСН относительно КГ (1237,5±105,5 fmol/ml против 538,3±79,9 fmol/ml , $p<0,001$), при этом достоверных различий между С-ХСН и Д-ХСН не найдено (1093,2±139,85 fmol/ml против 1354,65±153,55 fmol/ml $p>0,05$). Уровни NT-proBNP у больных ХСН с анасаркой (n=16) и без анасарки (n =31) достоверно отличались (1554,8±200,0 fmol/ml против 1073,8±113,8 fmol/ml $p<0,029$), при этом уровни NT-proBNP у больных с анасаркой на фоне Д-ХСН и С-ХСН достоверно не отличались (1619,1±237,9 fmol/ml против 1276,0±283,4 fmol/ml $p>0,05$). Развитие анасарки достоверно чаще отмечалось у больных с Д-ХСН, чем у больных с С-ХСН (50% и 14% соответственно, $p=0,001$). Чем выше уровень NT-proBNP, тем чаще у больных ХСН отмечалась анасарка: при значениях от 250 до 500 fmol/ml в 6% (у 1 из 16 чел.), при значениях от 500 до 1500 fmol/ml в 21% (у 3 из 14 чел.), при значениях от 1500 до 2500 fmol/ml в 64% (у 9 из 14 чел.), при значениях от 2500 до 3500 fmol/ml в 100% (у 3 из 3 чел.).

Вывод: у больных ХСН пожилого и старческого возраста с анасаркой достоверно более высокий уровень NT-proBNP, чем у больных ХСН без анасарки, при этом достоверных различий по уровням NT-proBNP между больными с С-ХСН и Д-ХСН не выявлено. Развитие анасарки достоверно чаще отмечалось у больных с Д-ХСН, чем у больных с С-ХСН.

0871 СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Сон Ен-Ай, Зверева В.Н.
Женская консультация городской больницы № 3, Красногорск, Россия

Цель исследований: оценка суточного ритма АД у беременных для повышения качества диагностики АГ и для прогнозирования осложнений.

Методы исследования: для повышения точности диагностики АГ, определения особенностей гемодинамики, возможности прогнозирования осложнений, в частности гестоза, мы проводили СМАД беременным (рекордер Rozinn Electronics), точность результатов измерений удовлетворяющие требованиям AAMJ/BHS.

Исследование провели 36 беременным, из них мы выделили первую группу с хронической АГ–15 женщин, средний возраст которых составил 31,2±6,8 лет, большинство были повторнородящие. Имели повышение АД до беременности- 9 (60%), из них 5 женщин указывали о вегетососудистой дистонии по гипертоническому типу в анамнезе, одна - о бронхиальной астме и повышении АД при приступах астмы, у 3-х АГ была выявлена во время предыдущих беременностей. У большей части беременных (у 8-и из 15 беременных) наблюдали повышение «офисного» АД с 10 недель беременности, у 2-х феномен «гипертонии белого халата». Вторую группу составили 21 беременных с гестационной АГ, средний возраст которых составил 27,8±3,9 лет, большинство были первородящие. Как правило, наблюдали повышение «офисного» АД с 30 недель гестации. Не знали о своем уровне АД 25% женщин, хотя 45% имели высшее образование. У 2/3 беременных наблюдался высокий индекс массы тела, причем у большей половины из них – ожирение, 54% указывали отягощенную наследственность по АГ, 39% женщин курили до беременности, из них 3 (21,4%) продолжали курить.

Результаты исследования: с целью наиболее точной оценки о АГ мы использовали показатели 1 класса - средние значения АД за сутки, показатели суточного ритма. Так, в 1-й группе среднесуточное АД составило 116,4±6,2/ 74,1±2,9 мм рт.ст.; во 11-й - 122,3±5,9/ 72,5±4,7 мм рт.ст. (К сожалению, на сегодня, нет единого подхода в определении АГ у беременных по уровню АД при проведении СМАД, нет рекомендаций относительно промежуточных значений и низких величин АД; по данным МОНИАГ - допустимый уровень среднесуточного АД у беременных до 118/69 мм рт.ст.). Мы видели недостаточную степень ночного снижения АД в 26,6% и 38% случаев в группах. Показатели 11 класса - гипертонический временной индекс и вариабельность АД были повышены не у всех, лишь у 33,3% и 20% и вариабельность АД- соответственно у 38% и 4,7% наблюдений в группах. Пульсовое АД составил 42,3– 49,2 мм рт.ст., повышенное среднединамическое АД - 87,5 и 89,1 мм рт.ст., которому в акушерстве отводится важная роль. Необходимо отметить, что в кривой суточного мониторирования АД мы видели высокий уровень АД от 140/90 - 176/100 - 185/89 мм рт.ст. и частота встречаемости их составила 1-30% от общего количества измерений. Для прогнозирования развития гестоза (по методике МОНИАГ) обращали внимание на соотношение численных значений ДАД и ЧСС в течении периода наблюдения. При нормальном течении беременности или легком течении гестоза показатели ЧСС имеют более высокие значения, чем цифры ДАД. В нашем наблюдении у 7 женщин (19,4%) показатели ЧСС имели более низкие значения, составив 32,4-58,4%, что свидетельствовало о наличии у беременных тяжелого гестоза.

Выводы: определение ИМТ, выявление отягощенной наследственности по АГ, табакокурение, даже в прошлом, позволяют в определенной мере выявить группу повышенного риска развития АГ у беременных, а простой метод СМАД способствует точной диагностике АГ, выявить особенности гемодинамики в дневные и ночные часы, прогнозировать и правильно оценить возможности развития гестоза и степень его тяжести. И, что особенно важно в общей практике, определить показания для начала антигипертензивной терапии с адекватным выбором медикаментозных препаратов.

0872 ГЕМОДИНАМИКА МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ В НАЧАЛЬНЫЕ ПЕРИОДЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ В ВОЗРАСТЕ ДО 60 ЛЕТ

Сотников А.В., Яковлев В.В., Бессонова Н.А., Носович Д.В.
ГОУ ВПО Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия; ГУЗ городская больница №28, Санкт-Петербург, Россия

Целью исследования стало изучение состояния гемодинамики малого круга кровообращения у больных инфарктом миокарда (ИМ) в возрасте до 60 лет.

В него включено 252 больных с первичным и повторным ИМ, с осложненным (161) и неосложненным (91) течением заболевания. Все пациенты проходили стационарное лечение в период с 2000 по 2006 гг. Больные разделены на 2 группы по возрасту: 55 пациентов до 45 лет и 197 – 46-60 лет. Среднее давление в легочной артерии (Рла) оценивали при ультразвуковом исследований сердца (по A. Kitabatake, 1983). Общее легочное сопротивление (ОЛС) и Рла (при невозможности получения качественных изображений) определяли с помощью количественного анализа электрокардиограмм (по Ю.Н. Шишмареву, 1981). Субъективные признаки сердечной недостаточности (СН) оценивали по индексу (ИСН), рассчитанному в зависимости от степени их проявления (по В.Е. Ироносову, 2004). Все показатели определяли дважды, в первые 48 часов и в конце третьей недели заболевания.

У больных 46-60 лет при осложненном ИМ в первые часы ИМ выявлено превышение Рла и ОЛС ($p<0,05$) над показателями, полученными у пациентов с неосложненным течением заболевания. К концу третьей недели ИМ при осложненном его течении Рла и ОЛС снижались ($p<0,05$), в то время как у больных неосложненным ИМ отмечена лишь тенденция к их уменьшению.

У больных моложе 45 лет в первые часы заболевания при наличии осложнений Рла и ОЛС оказались выше, чем у больных неосложненным ИМ. К концу третьей недели заболевания у пациентов молодого возраста ОЛС уменьшилось ($p<0,05$), а Рла имело тенденцию к снижению. Эти показатели оказались меньше, чем у больных 46-60 лет, но без статистически значимых различий.

При изучении корреляций выявлено, что в первые часы заболевания в случаях осложненного ИМ при дилатации левого желудочка, снижении фракции его выброса наблюдалось увеличение ОЛС и Рла. Рла, помимо этого, оказалось связанным с ИСН, а у пациентов 46-60 лет – с размерами левого предсердия и временем изоволюметрического расслабления левого желудочка ($p<0,05$). К концу третьей недели заболевания при осложненном его течении зависимости между Рла, ОЛС и параметрами центральной гемодинамики увеличивались, а связи между ОЛС, размерами левого желудочка и показателями систолической функции сердца сохранялись на прежнем уровне. Зависимость между Рла и ИСН у больных моложе 45 лет к концу третьей недели ИМ уменьшилась ($r1=0,39$; $r2=0,38$), а у пациентов 46-60 лет – увеличилась ($r1=0,31$; $r2=0,44$; $p<0,05$).

Таким образом, в обеих возрастных группах имела место сходная картина изменений показателей легочной гемодинамики в первые часы ИМ с максимальными их значениями при осложненном течении заболевания. С увеличением возраста больных отмечена тенденция к повышению этих параметров. К концу третьей недели заболевания Рла нормализовалось, а ОЛС уменьшалось, не достигая нормальных значений, у больных всех групп. Показатели гемодинамики малого круга кровообращения зависели от параметров морфофунционального состояния миокарда левого желудочка и были связаны с субъективными проявлениями СН.

0873 ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Старченко Т.Г., Шкапо В.Л.
Институт терапии им. Л.Т.Малой АМН Украины, Харьков, Украина

Цель работы – изучить влияние комбинированной антигипертензивной терапии в сочетании с гиполипидемическими препаратами на уровень малонового диальдегида у больных гипертонической болезнью (ГБ) и сахарным диабетом 2 типа в сравнении с больными ГБ и нормальным углеводным обменом.

Материалы и методы: Было обследовано 45 больных ГБ с сахарным диабетом 2 типа и 42 больных ГБ без нарушений углеводного обмена. Всем больным проводились клинико-лабораторные и инструментальные исследования, позволяющие подтвердить диагноз ГБ и сахарного диабета. Все больные получали в качестве антигипертензивных препаратов сочетание ингибитора АПФ периндоприла в дозе 8 мг 1 раз в день и небиволола по 5 мг в сутки или амлодипина по 5-10 мг 1 раз в сутки. Из гиполипидемических препаратов назначался аторвастатин по 10-20 мг 1 раз вечером. Курс лечения составлял 12 месяцев. Обследование больных проводили до и после курса назначенной терапии. Уровень малонового диальдегида (МДА) определяли фотометрическим методом. Результаты оценивали в нмоль МДА на 1 мг белка.

Результаты исследования: Исходно до назначения терапии у больных ГБ вне зависимости от состояния углеводного обмена отмечалась активация процессов перекисного окисления липидов. Анализ влияния комбинированной терапии и на уровень МДА выявил существенное снижение изучаемого показателя. Так, у больных ГБ с нормальным углеводным обменом на фоне приема периндоприла с небилетом и периндоприла с амлодипином отмечалось снижение МДА соответственно на 42% и 38%. У больных ГБ с сахарным диабетом 2 типа, принимающих периндоприл с небилетом, до и после лечения уровень МДА составил соответственно (19,95±1,17) в нмоль/мг белка и (12,53±1,07) нмоль/мг белка, $p<0,001$. На фоне приема периндоприла и амлодипина у пациентов этой же группы также отмечалось достоверное снижение активности перекисного окисления липидов – (18,91±1,38) нмоль/мг белка и (12,23±1,27) нмоль/мг белка, $p<0,001$.

Выводы: таким образом, комбинированная антигипертензивная терапия ингибитором АПФ и антагонистом кальция, ингибитором АПФ и бета-блокатором в сочетании с гиполипидемической терапией способствует коррекции процессов перекисного окисления липидов у больных ГБ как с нарушенным, так и с нормальным углеводным обменом.

0874 ХАРАКТЕРИСТИКА СКОРОСТНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВОТОКА И ПАРАМЕТРЫ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ РЕАКТИВНОСТИ У ЛИЦ С ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

Стороженко С.Ю., Афанасьев Ю.И.
Кафедра внутренних болезней БелГУ, Белгород, Россия

Высокий риск возникновения церебральных осложнений у больных артериальной гипертензией (АГ) предопределяет необходимость в продолжении поиска ранних предикторов инициации и манифестации АГ на уровне адекватной оценки мозгового кровотока не только у больных АГ, но и , что особенно важно, у лиц с высоким нормальным артериальным давлением (ВНАД). Исследовано 63 человека, из них 35 (среднее АД- 106,1 мм рт.ст) - больных с мягкой и умеренной АГ. В группе обследованных пациентов, считавших себя здоровыми, выделена подгруппа из 13 лиц с ВНАД (среднее АД- 92,8 мм рт.ст). Отбор лиц с ВНАД проводился по результатам суточного мониторирования артериального давления. Контрольную группу составили 15 здоровых лиц (среднее АД- 84,2 мм рт.ст). Ультразвуковое исследование экстра- и интракраниальных сосудов проводили на сканере экспертного класса Vivid-7 (USA). Состояние цереброваскулярной реактивности определяли с помощью функциональных тестов с 45-секундной гипер- и гиповентиляцией с вычислением гипер (IR-I)- и гиповентиляционного (IR-II) индексов по уровню усредненной по времени максимальной скорости кровотока (ТАМХ) в бассейне обеих средних мозговых артерий. Значимость различий между измеряемыми величинами оценивали по критерию t-Стьюдента. Различия считали достоверными при $p<0,05$. Как показали проведенные исследования, в группе лиц с ВНАД регистрируется повышенное пульсовое АД (ПАД) до 46,5±1,8 мм рт ст.в сравнении с уровнем ПАД здоровых индивидуумов - 38,3±1,0; $p<0,05$, что свидетельствует о нарушении механических свойств артерий при ВНАД. У больных АГ отмечены более высокие цифры ПАД -54,0±3,0; $p<0,01$. При оценке скоростных показателей артериального кровотока на уровне экстра- и интракраниальных сосудов у лиц с ВНАД зарегистрированы: 1) снижение ТАМХ в правой средней мозговой артерии (СМА)- 63,8±2,7 см/с против 72,4±5,3 см/с у здоровых лиц; $p<0,05$; 2)увеличение индекса периферического сопротивления сосудов RI в левой общей сонной артерии (0,77±0,02) против 0,71±0,02 у здоровых лиц; $p<0,05$ и снижение данного показателя в просвете средних мозговых артерий (0,58±0,04) против 0,52±0,01 у здоровых ; $p<0,05$; 3)общее периферическое сопротивление сосудов, рассчитанное по формуле Франка-Пуазейля, оказалось значительно выше при ВНАД в сравнении с показателями здоровых лиц (1,51±0,1 и 1,59±0,1 соответственно, $p<0,05$), что сопоставимо с уровнем больных АГ (1,59±0,09). У больных с АГ обнаружены близкие закономерности с той разницей, что при АГ снижение мозгового артериального кровотока выявляется по всему спектру показателей и затрагивает все исследование сосуды. Анализ состояния цереброваскулярной реактивности выявил увеличение IR-I до 1,45±0,15 у лиц с ВНАД, как и у больных АГ, в сравнении со здоровыми индивидуумами-1,29±0,04 ; $p<0,05$. Полученные результаты создают основу для повышения уровня доказательной базы при формировании группы лиц с «предгипертензионным» состоянием в целях принятия адекватных превентивных мер.

0875 ДИСПЕРСИЯ ИНТЕРВАЛА QT У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Стронгин Л. Г., Ботова С. Н., Починка И. Г.
НижГМА, Нижний Новгород, Россия

Цель: оценить дисперсию интервалов QT у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН), страдающих сахарным диабетом 2-го типа (СД2). Оценить взаимосвязь между морфофункциональными параметрами сердца и дисперсией интервала QT у данной категории больных. Выявить влияние декомпенсации углеводного обмена на дисперсию интервалов QT.

Методы: обследовано 78 больных ХСН, страдающих СД2 (31 мужчина, 47 женщин) в возрасте 44-70 лет (средний возраст 57 лет). Оценка тяжести ХСН проводилась на основании шкалы оценки клинического состояния (ШОКС). Электрокардиографическое исследование осуществлялось на аппарате «Полиспектр-Ритм», фирмы «НейроСофт» (Россия). Измерение интервала QT проводилось в 12 отведениях в покое. Рассчитывался корригированный интервал QT по формуле Базетта (Q-Tc = QTd/RR1/2). Дисперсию QT (QTd) рассчитывали как разность между максимальным и минимальным значением интервала QT в 12 отведениях, корригированную дисперсию QT (QTcd) рассчитывали как разность между максимальным и минимальным значениями корригированного интервала QT в 12 отведениях. Всем больным проводилось ультразвуковое исследование сердца с помощью аппаратов SIM 7000 фирмы «Росбиомедика» (Россия- Италия).

Результаты: закономерно при нарастании тяжести ХСН, ухудшении морфофункциональных параметров сердца увеличивалась дисперсия QT. Так, обнаружена достоверная корреляция между фракцией выброса (ФВ) и QTd ($r=-0,5$ при $p<0,001$). Аналогичная корреляция наблюдалась между ФВ и QTcd, QTcdn, QTc. Выявлена достоверная корреляция между QTd и конечно-систолическим размером (КСР) ($r=0,43$ при $p=0,001$). Подобная корреляция наблюдалась между QTd и конечнодиастолическим размером (КДР). QTd коррелирует с ШОКС ($r=0,35$ при $p=0,005$. Дисперсия интервала QT у больных ХСН, страдающих СД2 возрастает при снижении систолической функции левого желудочка. При ФВ менее 55% медиана QTd составила 123 мс (интерквартильный интервал 73-202 мс), а при ФВ более 55% медиана QTd была 77 мс (интерквартильный интервал 50- 121 мс), $p=0,015$.

Также показана зависимость дисперсии QT от состояния углеводного обмена. Так у больных с уровнем HbA1c менее 7,5% медиана QTcd составила 103 мс 1\2 (62–162), при HbA1c более 7,5% медиана QTcd составила 132 мс 1\2 (66–256), $p=0,046$.

Выводы: дисперсия интервала QT, являясь одним из методов прогнозирования потенциально опасных аритмий и ассоциируясь с увеличением риска внезапной смерти у больных хронической сердечной недостаточностью, страдающих сахарным диабетом 2 типа зависит не только от тяжести хронической сердечной недостаточности, но и от состояния углеводного обмена.

0876 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХОЛИТИКАМИ, ФЕНСПИРИДОМ И ИНГИБИТОРОМ АПФ ПЕРИНДОПРИЛОМ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ

Струтынский А.В., Бакаев Р.Г., Сивцева А.И., Кожемова И.С., Рейснер А.А., Мошкова Н.К., Шахурдина С.В.
ГОУ ВПО «РГМУ», Москва, Россия

Цель исследования: изучить в сравнительном аспекте эффективность трех современных медицинских технологий длительного лечения больных хроническим легочным сердцем (ХЛС) в амбулаторных условиях с использованием 1) бронхолитиков, 2) бронхолитиков и фенспирида (эреспала) и 3) бронхолитиков, фенспирида (эреспала) в сочетании с ингибитором АПФ периндоприлом (престариумом).

Материал и методы. Анализировались результаты длительного (на протяжении 2-х лет) динамического наблюдения и лечения 158 больных ХОБЛ, осложненной развитием ХЛС. Оценивались клинические показатели эффективности лечения, а также влияние различных видов лечения на структурно-функциональные изменения ПЖ (по данным ЭхоКГ) и показатели ФВД.

Результаты. Показано, что длительная терапия больных ХОБЛ и ХЛС I-II стадии бронхолитиками и фенспиридом более эффективна, чем традиционная терапия только ингаляционными бронхолитиками, и сопровождается более быстрым и значительным уменьшением всех симптомов заболевания, частоты обострений ХОБЛ, достоверным увеличением показателей ФВД и уменьшением потребности больных в ингаляционных β2-адреномиметиках. У больных с исходно тяжелым течением заболевания (ХОБЛ III стадии) положительный эффект такой комбинации значительно менее выражен и не сопровождается уменьшением летальности и частоты прогрессирования ХСН. Включение в состав комбинированной терапии фенспиридом и бронхолитиками ингибитора АПФ периндоприла существенно увеличивает клиническую эффективность лечения, причем не только у больных с легким и среднетяжелым течением заболевания (ХОБЛ I-II стадии), но и у пациентов с ХОБЛ III стадии. У большинства больных это позволяет значительно уменьшить СрДЛА, приостановить или существенно снизить скорость формирования и дальнейшего прогрессирования ХЛС и падения систолической и диастолической функции ПЖ, что коррелирует с увеличением толерантности к физической нагрузке, снижением общей летальности и частоты прогрессирования клинических признаков ХСН.

Заключение. Доказана целесообразность включения в комплексную терапию больных ХОБЛ и ХЛС длительного приема противовоспалительного препарата фенспирида (эреспала) и ингибитора АПФ периндоприла в сочетании с традиционным применением ингаляционных бронхолитиков, что «обеспечивает» более высокую эффективность лечения.

0877 АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Суворова С.А., Шварц Ю.Г
МУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска», Ульяновск, Россия; СГМУ, Саратов, Россия

Установлено существенное влияние анемии на прогноз при различных формах кардиальной патологии, в частности при остром коронарном синдроме и сердечной недостаточности. Однако зависимость распространенности и выраженности анемического синдрома, а также уровня гемоглобина от формы сердечно-сосудистой патологии изучена недостаточно.

Цель исследования – установить взаимосвязь уровня гемоглобина крови с клиническими особенностями кардиоваскулярной патологии, в частности, формой ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертонией.

Материалы и методы. Обследовано 377 пациентов, госпитализированных по поводу сердечно-сосудистого заболевания, средний возраст 55,6±12 лет, из них 157 женщин.

Поводом для госпитализации были острый инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, тяжелая стенокардия напряжения, артериальная гипертония, сердечная недостаточность. Гемоглобин измерялся в г/л. Использовался однофакторный и многофакторный дисперсионный анализ.

Полученные результаты. Средний уровень гемоглобина был достоверно ниже у женщин (135,1±1,2), чем у мужчин (145,2±1,0), отмечалось также достоверное снижение уровня гемоглобина у пациентов с сердечной недостаточностью, что не явилось неожиданностью. Не отмечено зависимости уровня гемоглобина от формы ИБС, однако выявлена отчетливая взаимосвязь между наличием, тяжестью гипертонической болезни и уровнем гемоглобина в крови. Среди всех обследуемых у пациентов с нормальным артериальным давлением и ГБ первой стадии данный показатель был наибольшим (143,3±1,7) у больных с 2-й стадией - 141,6±1,5, а у пациентов с 3-й стадией

заболевания – наименьшим 139,3±1,5. В основном эти различия отмечались среди женщин, у которых гемоглобин крови значимо уменьшался при нарастании тяжести гипертонической болезни (соответственно 143,4±3,7, 132,7±1,9 и 135,2±1,6). У больных с «изолированной» гипертонией уровень гемоглобина составил 140,5±1,6, у пациентов с ИБС - 144,5±1,8, а в группе с сочетанием ИБС и гипертонии - 140,1±1,1. Это подчеркивает независимое «влияние» фактора гипертонии на уровень гемоглобина в крови. В группе обследованных достоверной корреляции уровня гемоглобина и креатинина не отмечено.

Заключение. У госпитализированных пациентов с сердечно-сосудистой патологией отмечается достоверная взаимосвязь между относительно пониженным уровнем гемоглобина крови и наличием артериальной гипертонии, подобной взаимосвязи с формой ишемической болезни сердца не установлено.

0878 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ, МЕТАБОЛИЗМА И ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ХСН В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Сукманова И.А, Яхонтов Д.А, Дымова Д.М, Воробьева Ю.А.
Новосибирская Государственная Медицинская Академия, Новосибирск, Россия

Цель: изучить гемодинамические, метаболические показатели и функцию эндотелия у пациентов с систолической ХСН разных возрастных групп.

Материал и методы: Обследовано 99 человек (70 мужчин, 29 женщин) в возрасте от 25 до 80 лет (средний возраст 57,8+0,7 лет) с систолической ХСН, причиной которой в основном явилась АГ в сочетании с разными формами ИБС. В зависимости от возраста пациенты были разделены на 2 группы: 1-ю составили - 49 человек (44 мужчины и 5 женщин) в возрасте 48,4+1,0 лет; 2-ю - 50 человек (44 мужчины и 6 женщины) в возрасте 67,6+0,4 лет. В группу контроля вошли 30 здоровых людей от 25 до 45 лет (средний возраст составил 36,3±0,9). Всем больным кроме стандартного клинико-биохимическое исследования проводился пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ), определялся уровень инсулина, С пептида (иммунорадиометрическим методом), рассчитывался индекс HOMA, исследовалась система цитокинов: ИЛ1В, ФНОа-, ИЛ4 методом ИФА с помощью наборов Вектор Бест; определялся уровень NO спектрофотометрическим методом с помощью реакции Грисса, РБ высокочувствительным иммунотурбидиметрическим методом, мозговой натрийуртический пептид (BNP) ИФА методом, уровень МАУ также методом ИФА. Исследование центральной гемодинамики проводилось на эхокардиографе ACUSSON.

Результаты. Согласно полученным данным, пациенты в 1-й группе (более молодого возраста) имели большие размеры КДР, КСР ($p<0,05$), ММЛЖ ($p<0,001$), меньшую ФВ в сравнении с больными 2-й группы. Показатели липидного обмена (ХС ЛПНП, ОХ, ТГ) в обеих группах оказались выше нормальных значений, но между группами достоверных различий не было, значимых нарушений углеводного обмена в обеих сравниваемых группах не было. У пациентов 2-й группы, в сравнении с 1-й оказался выше уровень МАУ (14,2±1 и 9,0±0,9; $p<0,001$,соответственно). Средние значения СРБ и NO в обеих группах были практически одинаковы, но выше ($p<0,001$), чем в группе контроля; во 2-й группе уровень ФНО-а и ИЛ 1В оказался достоверно выше, чем в 1-й группе и группе контроля, а уровень ИЛ-4 был выше у пациентов 1-й группы в сравнении со 2-й ($p<0,01$) и группой контроля ($p<0,005$). Уровни BNP в обеих группах оказались выше ($p<0,001$), чем в группе контроля, а у пациентов 2-й группы к тому же выше, чем в 1-й группе ($p<0,001$).

Выводы. Пациенты более молодого возраста (1-я группа) имели достоверно большие размеры полостей сердца, большую ММЛЖ, но у лиц более старшего возраста (2-я группа) выявлены более высокие значения провоспалительных цитокинов (ИЛ 1В, ФНОа), играющих важную роль в формировании дисфункции эндотелия, повышение уровней воспалительных маркеров - СРБ, МАУи NO и BNP, ассоциирующиеся с дисфункцией ЛЖ, что вероятно может свидетельствовать о более тяжелом клиническом течении и более неблагоприятном прогнозе при систолической ХСН в пожилом возрасте.

0879 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА (РПС), ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ОКС) И МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ (МКП) НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА БИОХИМИЧЕСКИХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ.

Сурнакова Н.Е, Балугян Р.Ш.*
Федеральное Государственное Учреждение НЦ Экспертизы Средств Медицинского Применения, Институт Клинической Фармакологии*, Москва, Россия; ГКБ N23, Москва, Россия

Цель работы - оценить эффективность фармакологического действия препаратов при лечении больных с РПС, МКП и ОКС используя модель с иммунологическими и биохимическими показателями.

Метод исследования: проточной цитофлуорометрией была изучена экспрессия рецептора лимфоцитов CD16 (субпопуляция-натуральные киллеры) на цитофлуориметре FAX-calibur фирмы BD - США. Лимфоциты выделяли из гепаринизированной крови на градиенте плотности верографин-фиколл до медицинского вмешательства и после его окончания. Содержание иммуноглобулинов A, M, G в сыворотке определяли турбидиметрическим методом. Больных с РПС (n=38) лечили комплексной терапией, включающей ампицилин и нестероидные противовоспалительные препараты. Пациенток с МКП (n=50) в возрасте от 45 до 60 лет лечили милдронатом, III группу больных с ОКС (n=7) лечили стандартной терапией + плавикс. Эта терапия включала - бета-блокаторы (атенолол, метопролол), аспирин, эналаприл, статины (симвастатин, аторвастатин) в стандартных дозировках по стандартным схемам лечения.

Результаты. Критический анализ данных об эффективности диагностического поиска, и лечебных мероприятий требует наличия у практикующего врача достоверных и адекватных критериев их оценки (в идеальном случае – математически просто рассчитываемых индексов, показателей, коэффициентов). В связи с этим, нами предложен способ математически оценивать эффективность 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 дают возможность достаточно объективно оценить состояние системы иммунобиологического надзора (ИБН). Анализ результатов показал, что адекватное лечение фармпрепаратами статистически достоверно изменяет экспрессию рецептора CD16 и содержание IgM в сыворотке больных. Нами предложен показатель “ω“, который характеризует состояние системы ИБН, учитывая изменения экспрессии CD16 и уровня IgM в сыворотке крови после проведенной терапии: ω=(% лимфоцитов экспрессирующих 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 ω изменяются от –1,80 до +0,80. Например, при успешном лечении пациентов с постменопаузальным остеопорозом ω=–1,70; с эрозивно-язвенными изменениями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта при лечении стандартной фармакотерапией ω=–1,58; при лечении таких же больных деринатом ω=–1,01; при терапии пациентов с внебольничной пневмонией с “сепсисом” различными антибиотиками ω=–0,16; при лечении бронхиальной

астмы препаратом Энгистолом N ω=+0,71. Нами были вычислены следующие значения ω у кардиологических пациентов после лечения: с ревматическими пороками сердца ω=–1,76; у пациентов с МКП ω = 0,71; в III группе у больных с ОКС показатель "ω" =– 1,38.

Выводы. При эффективном лечении пациентов с РПС ω=–1,76; при лечении милдронатом больных МКП ω=0,71; показатель "ω" у больных с ОКС III группы (плавикс+стандартная терапия) =-1,38. Таким образом, целесообразно рекомендовать к использованию в практике для оценки врачебного вмешательства при лечении кардиологических больных интегративный экспертный показатель "ω". При положительном клиническом эффекте значения "ω" изменяются от – 1,80 до + 0,80.

0880 ВЛИЯНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ НА ЭКСПРЕССИЮ РЕЦЕПТОРА ЛИМФОЦИТОВ CD95, ИНИЦИИРУЮЩЕГО АПОПТОЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Сурнакова Н.Е, Балугян Р.Ш.*
Федеральное Государственное Учреждение НЦ Экспертизы Средств Медицинского Применения, Институт Клинической Фармакологии*, Москва, Россия; ГКБ N23, Москва, Россия

Цель работы - оценить влияние фармакологических препаратов на экспрессию поверхностного рецептора лимфоцитов CD95, инициирующего апоптоз в процессе лечения кардиологических больных с ревматическими пороками сердца (РПС), менопаузальной миокардиопатией (МКП) и острым коронарным синдромом (ОКС).

Метод исследования: проточной цитофлуорометрией была изучена экспрессия поверхностного рецептора лимфоцитов CD95, инициирующего апоптоз (на цитофлуориметре FAX-calibur фирмы BD - США). Лимфоциты выделяли из гепаринизированной крови на градиенте плотности верографин-фиколл до медицинского вмешательства и после его окончания. Больных с РПС (n=38) лечили комплексной терапией, включающей ампицилин и нестероидные противовоспалительные препараты. Пациенток с МКП (n=50) в возрасте от 45 до 60 лет лечили милдронатом, III группу больных с ОКС (n=7) лечили стандартной терапией + плавикс, IV группу (группа сравнения) больных с ОКС (n=18) - только стандартной терапией (без плавикса). Стандартная терапия включала - бета-блокаторы (атенолол, метопролол), аспирин, эмалаприл, статины (симвастатин, аторвастатин) в стандартных дозировках по стандартным схемам лечения. Для каждого обследуемого больного оценивали экспрессию поверхностного рецептора CD95 на ~ 10.000 интактных лимфоцитах до лечения и после него.

Результаты. Проведенные исследования показали, что после комплексного лечения больных с РПС экспрессия CD95 на лимфоцитах уменьшилась с 38% до ~ 15%. В процессе фармакотерапии больных ОКС стандартной терапией экспрессия этого рецептора на лимфоцитах уменьшилась с 21% до ~ 1,67%. После фармакотерапии таких же больных стандартной терапией плюс плавикс экспрессия CD95 на лимфоцитах уменьшилась с 24% до ~ 8,6%. В процессе лечения больных с МКП милдронатом экспрессия CD95, инициирующего апоптоз на лимфоцитах уменьшилась с 23% до ~ 18%.

Выводы. При эффективной клинически оправданной фармакотерапии кардиологических больных с МКП, ОКС и РПС экспрессия поверхностного рецептора лимфоцитов CD95, инициирующего апоптоз. заметно снижается, что возможно свидетельствует о нормализации клинической ситуации и подавлении воспалительных процессов. Можно рекомендовать использовать регистрацию экспрессии поверхностного рецептора на лимфоцитах CD95, инициирующего апоптоз в качестве одного из критериев эффективности медикаментозного вмешательства и нормализации клинической ситуации при лечении кардиологических больных.

0881 ИЗМЕНЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ АГРЕГАЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА, ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ И ОКСИДА АЗОТА ПОД ВЛИЯНИЕМ ТЕРАПИИ КАРВЕДИЛОЛОМ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Суслова Т.Е., Груздева О.В., Кремено С.В., Кошельская О.А.
ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования: оценить изменение агрегационной активности тромбоцитов, содержания провоспалительных цитокинов и стабильных метаболитов оксида азота под влиянием 3-х месячной терапии карведилолом.

Материал и методы: в исследование включены 27 больных с метаболическим синдромом, диагностированного по критериям Национально института здоровья США (2001) и 15 здоровых доноров. Карведилол назначался в дозах 25-27 мг/сутки в течение 3 месяцев. Количественное определение концентрации фактора некроза опухолей (TNFα), интерлейкина-1β (IL-1β) и интерлейкина 8 (IL-8) в сыворотке крови проводили иммуноферментным методом с помощью набор реагентов ProCon (Санкт - Петербург). Адреналин – и АДФ-индуцированную агрегационную активность тромбоцитов исследовали турбодиметрическим методом. Содержание стабильных метаболитов оксида азота (нитритов и нитратов) в депротеинизированной плазме крови измеряли с использованием наборов фирмы R&D Systems (Англия).

Результаты: В группе больных выявлено увеличение АДФ и адреналин-индуцированной агрегационной активности тромбоцитов по сравнению со здоровыми донорами. У больных отмечалось увеличение содержания IL 1β, IL 8 и TNF α крови, наблюдалось увеличение суммарного содержания стабильных метаболитов оксида азота на фоне повышения концентрации нитратионов крови по сравнению со здоровыми донорами. В группе больных обнаружена положительная взаимосвязь между уровнем IL-1β, TNF-α и степенью адреналин–индуцированной агрегации тромбоцитов по кривой среднего размера агрегатов (0,45, p=0,039, 0,47, p=0,027 соответственно). После трехмесячного курса терапии карведилолом у больных отмечалось снижение содержания провоспалительных цитокинов - IL 1β и TNF α, IL 8, наблюдалось достоверное снижение содержания нитритов в плазме крови, при этом выявлена тенденция к уменьшению содержания стабильных метаболитов оксида азота. Терапия карведилолом не оказывала влияния на показатели липидного обмена и уровень глюкозы крови. Было выявлено положительное влияние карведилола на параметры АДФ- и адреналин-индуцированной агрегации тромбоцитов.

Заключение: У больных с метаболическим синдромом 3-месячная терапия карведилолом оказывала положительное влияние на агрегационный гемостаз, уровень провоспалительных факторов и метаболизм оксида азота.

0882 ТУЛИП В КОРРЕКЦИИ ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ

Суханова Т.К.
МУЗ «Городская поликлиника №2», Ставрополь, Россия

Цель исследования: изучить эффективность и безопасность применения Тулипа (аторвастатин, Лек, Словения) для коррекции дислипопротеидемии (ДЛП) IIa и IIb фенотипов у больных с артериальной гипертонией (АГ) с высоким сердечно-сосудистым риском.

Материалы и методы: обследованы 30 амбулаторных больных АГ II-III степени с ДЛП IIa и IIb фенотипов в возрасте от 48 до 74 лет (мужчин – 5, женщин -25). 84,6% больных имели более 3 факторов риска, при оценке которых по таблице SCORE 10-летний риск фатального исхода заболевания был ≥ 5%. Все боль-

ные получали Тулип в дозе 20 мг в сутки однократно в течении 4 недель на фоне антигипертензивной терапии, коррекции диеты. Эффективность терапии оценивали по динамике показателей липидного спектра крови: общего холестерина (ОХС), липопротеидов низкой и высокой плотности (ЛПНП и ЛПВП), триглицеридов (ТГ) в сравнении с исходными данными.

Результаты: на фоне лечения Тулипом в течении 4 недель отмечено достоверное снижение уровня ОХС с 7,8±0,5 до 5,9±0,2 ммоль/л ($p<0,05$) и уровня ЛПНП с 4,32±0,14 до 3,2±0,12 ммоль/л ($p<0,05$). Выявлено снижение уровня ТГ с 1,96±0,03 до 1,82±0,05 ммоль/л ($p<0,05$). Зарегистрировано повышение уровня ЛПВП с 0,86±0,03 до 0,9±0,05 ммоль/л, однако показатели не достигали достоверных значений ($p>0,05$).

Препарат хорошо переносился пациентами. Нами не выявлено лабораторных и клинических признаков повышения уровня трансаминаз. Побочных явлений и осложнений не зарегистрировано ни у одного больного.

Выводы: Тулип является эффективным и безопасным средством медикаментозной коррекции дислипопротеидемий IIa и IIb фенотипов у больных с артериальной гипертонией с высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений.

0883 ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Сухих Ж.Л., Штонда М.В.
Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Целью проведенного нами исследования явилось изучение эффективности антагониста кальция дигидропиридинового рядаваскопина (действующее вещество – амлодипин) производства компании Pharmacare Int. Co. в лечении больных артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы. Обследовано 34 больных АГ (18 женщин и 16 мужчин) в возрасте от 37 до 68 лет (средний возраст 51,3±3,4 года). Эффективность лечения оценивали через 7 дней, а затем через каждые 14 дней терапии в течение 3-х месяцев. В первую группу вошли 12 больных с САД 150-159 мм рт.ст., ДАД 90-99 мм рт.ст.; во вторую 14 больных с САД 160 – 179 мм рт.ст., ДАД 100 -109 мм рт.ст; третью группу составили 8 пациентов с САД 180–210 мм рт.ст., ДАД 110–125 мм рт.ст. Всем пациентам рассчитывался индекс массы тела (ИМТ), который составил в среднем 29,23±2,14 кг/м^2. В исследование не включались больные с тяжелой патологией почек, декомпенсированными заболеваниями печени, принимающие стероидные гормоны и контрацептивы. У всех больных за несколько суток до включения в исследование отменялась предшествующая гипотензивная терапия. Терапевтическая доза васкопина подбиралась индивидуально (от 2,5 мг до 10 мг в сутки).

Всем больным измеряли АД по методу Короткова, фиксировали число сердечных сокращений (ЧСС), регистрировали электрокардиограммы (ЭКГ) в динамике. Проводилось также определение содержания в сыворотке крови общего холестерина (ОХС), триацилглицеринов (ТГ), холестерина липопротеинов высокой и низкой плотности (ХС-ЛПВП, ХС-ЛПНП), глюкозы биохимическим методом до лечения и через 12 недель активной терапии. Рассчитывался коэффициент атерогенности (КА).

Результаты. У всех больных через 7 дней терапии отметилась тенденция к снижению АД, через 14 дней АД стабилизировалось. Доза васкопина 2,5 мг оказалась эффективной у 9 пациентов (27% обследованных), доза 5 мг – у 11 пациентов (32% обследованных), и 10 мг в сутки – у 14 пациентов (41% обследованных). Выявлено отсутствие резких перепадов АД во время приема препарата. Такие побочные эффекты как головокружение отмечалось у 4 больных и купировалось самостоятельно через 7 дней терапии без отмены препарата. Периферические отеки во время приема васкопина не наблюдались. Не было отмечено влияния препарата на углеводный и липидный обмен.

Выводы. Васкопин является эффективным и безопасным лекарственным препаратом для лечения артериальной гипертензии, не оказывающим отрицательного влияния на липидный и углеводный обмен. Васкопин не требует длительного титрования дозы. Препарат эффективен в дозе от 2,5 до 10 мг в сутки.

0884 ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Сушинский В.Э., Пристром М.С., Романова И.С.
БелМАПО, Минск Беларусь

Цель работы: определить факторы, оказывающие влияние на выбор медикаментозной терапии артериальной гипертензии (АГ) у лиц старческого возраста.

Методы исследования: проведен ретроспективный анализ медицинской документации 106 больных АГ старческого возраста (75-89 лет, средний возраст –81,16±3,47), находившихся на стационарном лечении в госпитале ветеранов ВОВ.

Полученные результаты: наибольшее количество обследуемых пациентов имели 2 степень АГ – 83%, реже наблюдалась гипертензия 3 степени – 15%, у 2% выявлена АГ 1 ст. В то же время в большинстве случаев (66%) выявлен очень высокий риск сердечно сосудистых осложнений; у 34% – высокий риск осложнений. У всех обследуемых пациентов выявлена множественная сопутствующая патология. У 100% больных АГ сочеталась с ИБС, чаще всего проявляющаяся нарушением ритма и проводимости 24,5%; у 14% обследуемых проявляющаяся по типу стенокардии. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) выявлена у 100% обследуемых, чаще (71,7%) – II ФК; ФК III наблюдался у 7,5% обследуемых, ФК I – у 20,8%. У 52,8% больных выявлены хронические формы расстройства мозгового кровообращения; у 54,7% - отмечались признаки остеоартрита. У 35,8% больных гипертензией клиническое значение имели заболевания бронхолегочной системы, в том числе хроническая обструктивная болезнь легких - у 9,4% больных. У 25 обследуемых выявлена патологии желудочно-кишечного тракта, в том числе у 32% больных – хронический холецистит, у 30,1% – хронический гастрит, на наличие язвенной болезни в анамнезе указывали 6 больных (5,6%). Нарушения углеводного обмена по типу сахарного диабета выявлены у 11,2% больных. Среди других заболеваний следует отметить высокую распространенность катаракты и конъюнктивита, тугоухости, остеохондроза позвоночника, облитерирующих заболеваний сосудов нижних конечностей, варикозного расширения вен нижних конечностей, а у мужчин – доброкачественной гиперплазии простаты. Большинство обследуемых больных имело одновременно 5-8 клинически значимых заболеваний.

Данные обстоятельства обусловили необходимость назначения большого числа лекарственных средств – в среднем 5 препаратов. В том числе 3 для постоянного приема, 2 препарата рекомендовались для курсового приема. Наиболее часто (87%) назначались ингибиторы АПФ, возможно, вследствие высокого распространения у обследуемых больных ХСН. Комбинированная антигипертензивная терапия назначена у 32% больных. 78 больным (73,5%) назначены антитромботические препараты, из которых наиболее часто использовалась ацетилсалициловая кислота. Всем пациентам назначалась курсовая терапия препаратами кардиометаболического и/или сосудистого действия. У 22,6% пациентов имелась необходимость назначения нестероидных противовоспалительных препаратов.

Выводы: у пациентов старческого возраста с артериальной гипертензией отмечается высокая частота сопутствующей патологии, прежде всего ХСН, являющейся определяющим фактором при назначении терапии.

0885 КАРДИОВЕРСИЯ ХИНИДИНОМ ПРИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

Тавровская Т.В., Фищева Н.С., Тимофеев А.В., Третьяков В.П.
МУЗ «Городская больница № 1», Барнаул, Россия; Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Цель исследования: изучить эффективность и безопасность хинидина, назначенного с целью кардиоверсии пациентам с недавно развившейся мерцательной аритмией (МА).

Материал и методы: в проспективное исследование последовательно отобрано 39 пациентов (M±SD: возраст: 55,9±7,7 лет; 51% - мужчины), госпитализированных в экстренное кардиологическое отделение в связи с недавно развившейся МА (давность аритмии 24,0±12,3 часа). У 28% пациентов МА была впервые выявленной. Отбор больных проводился по мере их поступления в стационар. При включении пациентов учитывалось мнение лечащего врача о предпочтительности использования того или иного антиаритмического препарата для восстановления синусового ритма. В исследование не включались: больные с нестабильной гемодинамикой, требующей экстренной электрической кардиоверсии; пациенты с застойной сердечной недостаточностью; острым коронарным синдромом; стенокардией 3 или 4 функционального класса; получающие поддерживающую антиаритмическую терапию препаратами I или III класса, а также - с МА, развившейся на фоне злоупотребления алкоголем. Использовались таблетки хинидина в оболочке с замедленным высвобождением, содержащие 250 мг хинидина бисульфата, соответствующего 200 мг хинидина сульфата («Кинидин-дурулес» производства компании «AstraZeneca»). Хинидин назначался перорально: первая доза – 2 таблетки, затем при сохранении аритмии - по 1 таблетке каждые 8 часов. Только 3 пациента с исходной нормо-брадиаритмией получали хинидин без препаратов, замедляющих атриовентрикулярное проведение, остальные вместе с хинидином получали β-блокатор или верапамил. Всем пациентам хинидин назначался на фоне внутривенного введения хлорида калия и сульфата магния в изотоническом растворе глюкозы. С целью гипокоагуляции все пациенты при поступлении получали нефракционированный гепарин подкожно, одному больному с длительностью аритмии более 48 часов кардиоверсия проводилась на фоне приема варфарина после исключения высокого риска тромбоэмболий по чреспищеводной ЭхоКГ. Всем пациентам проведено суточное мониторирование ЭКГ на системе «Валента», которое начиналось перед приемом первой дозы хинидина. С целью выявления возможных клинических побочных эффектов хинидина проводился целенаправленный устный опрос пациентов.

Результаты: эффективность хинидина к 8, 24, 48 часу от приема препарата составила 74, 82 и 95% соответственно. Не зарегистрировано ни одного клинически значимого побочного эффекта хинидина. У одной пациентки выявлен эпизод мономорфной желудочковой тахикардии из 6 QRS и еще у одной женщины на фоне фибрилляции предсердий - паузы более 3 секунд (максимальная – 3,2 сек). Невыраженные желудочно-кишечные расстройства (тошнота, однократно жидкий стул) зарегистрированы у 15% (все–женщины).

Вывод: кардиоверсия хинидином у пациентов с недавно развившейся рецидивирующей и впервые выявленной мерцательной аритмией при отсутствии явных клинических противопоказаний к его применению представляется эффективной и безопасной.

0886 ВЕЛОЭРГОМЕТРИЯ У МУЖЧИН С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

Тавровская Т.В., Шатилло К.Г., Тимофеев А.В.
МУЗ «Городская больница № 1», Барнаул, Россия; Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Цель: оценить показатели велоэргометрии (ВЭМ) у мужчин с впервые выявленной мерцательной аритмией (МА).

Материал и методы: из компьютерной базы данных кардиологического отделения за 2005-2007 гг. отобраны все ВЭМ, проведенные у мужчин с впервые зарегистрированной МА в первые 6 месяцев от момента ее выявления. Данные представлены в виде M±SD (min-max).

Результаты: ВЭМ были проведены 68 пациентам, возраст 50,1±10,8 (21-73) лет, вес 89,6±18,7 (54-136) кг, рост 176±8 (156-197) см, ИМТ 28,8±4,9 (20,3-44,4), исходный пульс 74±16 (45-111) уд/мин, исходное систолическое АД в положении сидя на велоэргометре 123±18 (90-180) мм рт.ст., исходное диастолическое АД 81±10 (60-105) мм рт.ст. У 11 мужчин (16%) МА развилась на фоне ранее установленной ИБС (стенокардия 1-3 ФК, постинфарктный кардиосклероз, у 45 (66%) – на фоне гипертонической болезни, у 4 (6%) – на фоне употребления алкоголя, у 21 (31%) – МА оказалась идиопатической. Сердечно-сосудистые препараты на момент проведения ВЭМ получали 60% больных: β-блокаторы – 24 человека, ингибиторы АПФ или блокаторы ангиотензиновых рецепторов – 21, тиазидовые диуретики – 17, нифедипины – 3. Антиаритмические препараты 1 или 3 класса (этацизин, аллапинин, кордарон) получали 6 человек, причиной их назначения у 4 мужчин были частые рецидивы МА с момента ее выявления, у 2 – ИБС с желудочковыми нарушениями ритма в анамнезе. Выполненная нагрузка составила 137±32 (50-200) вт, 1,7±0,6 (0,5-4,9) вт/кг, 6,8±2,1 (2,5–18,8) МЕТ; двойное произведение 271±67 (115-416); продолжительность ВЭМ - 8,4±1,9 (3-12) минут; разница между достигнутой и исходной ЧСС – 59±20 (22-108) уд/мин, между достигнутым и исходным систолическим АД – 79±26 (10-135) мм рт.ст. Критерии прекращения нагрузки: достижение запланированной субмаксимальной возрастной ЧСС – у 21 (31%); у 16 (23%) – максимальное или почти максимальное утомление по 10-уровневой шкале Борга; у 10 (15%) ВЭМ прекращена в связи с выполненным протоколом при продолжительности пробы 9-12 минут; у 10 (15%) – из-за критического повышения АД; у 4 (6%) – вследствие проявлений ИБС (депрессия ST, стенокардия); у 7 человек (10%) ВЭМ прекращена по предосторожности врача. Ни у одного больного не зарегистрирована аритмия, требующая прекращения нагрузки.

Вывод: у мужчин с впервые выявленной мерцательной аритмией, независимо от этиологии фибрилляции предсердий, нагрузка средней интенсивности (137±32 вт; 1,7±0,6 вт/кг, 6,8±2,1 МЕТ) ни у одного пациента не спровоцировала фибрилляцию предсердий.

0887 РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГА НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Тагильцева Н.В., Изможерова Н.В., Камаева С.В., Дуванова А.В., Дудко Е.В, Козулина Е.В., Кузнецова Е.А.
ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия, кафедра внутренних болезней №2, МУ ЦГКБ №6, Екатеринбург, Россия

Абдоминальное ожирение является ключевым фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), их осложнений и нарушений углеводного обмена: высокой гликемии натощак (ВГН), нарушенной толерантности к глюкозе (НТГ) и сахарного диабета 2 типа (СД).

Цель исследования: оценить частоту и структуру нарушений углеводного обмена у больных с абдоминальным типом ожирения, поступивших в кардиологическое отделение.

Материалы и методы исследования: в кросс-секционное исследование на условиях добровольного информированного согласия включены 80 пациентов из них 55 женщин и 25 мужчин, в возрасте от 50 до 70 лет, медиана возраста составила 60,0 лет, (25-й и 75-й процентили 56-:66 года), поступивших в кардиологическое отделение ЦГКБ №6 г Екатеринбурга. Критерий включения: окружностью талии более 80 см. у женщин и более 94 см. у мужчин. Всем пациентам в дополнение к основному обследованию с целью диагностики нарушений углеводного обмена проводили пероральный двухчасовой глюкозотолерантный тест с нагрузкой 75 г глюкозы согласно классификации ВОЗ 1999 г.. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ «Statistica for Windows 5.0» и «Paradox for Windows»с использованием критерия Манна-Уитни, данные приведены в виде медианы, 25-го и 75-го процентилей. Достоверность различий частот в группах оценивали с помощью критерия χ^2.

Результаты исследования: диагностированы следующие нарушения углеводного обмена: СД 2 типа впервые выявленный – 7 пациентов, из них 4 мужчины и 3 женщины. С ранее установленным диагнозом СД 2 типа – 11, НТГ – 29 человек, ВГН – 17 больных, без нарушений углеводного обмена – 16 человек.

С диагнозом острый коронарный синдром в отделение были госпитализированы 51 пациент, при этом среди мужчин и женщин различий по частоте постановки данного диагноза получено не было 16 и 35 больных соответственно ($\chi 2$=0,048; df=1; p=0,826). Обращает на себя внимание, что все обследованные страдали гипертонической болезнью (ГБ) преимущественно третьей стадии 67 человек и второй – 13 больных. 14 пациентов в прошлом перенесли инфаркт миокарда и 7 – острое нарушение мозгового кровообращение. Только 5 человек не имели диагноза хронической сердечной недостаточности.

Выводы: таким образом, наличие абдоминального ожирения ассоциируется с высокой частотой нарушений углеводного обмена и ССЗ. Окружность талии является простым и доступным методом определения распределения жировой ткани и может быть рекомендована как скрининговая методика отбора пациентов для проведения теста толерантности к глюкозе в целях выявления латентных нарушений углеводного обмена, что позволит проводить профилактику сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений.

0888 МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЦА СПОРТСМЕНОВ С РАЗНОЙ НАПРАВЛЕННОСТЬЮ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА

Таминова И.Ф.[1], Гарганеева Н.П.[2], Ворожцова И.Н.[3], Руднев А.Б.[1]

МУ Врачебно-физкультурный диспансер[1], Нижневартовск, Россия; ГОУ ВПО «СибГМУ Росздрава»[2], Томск, Россия; ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН3, Томск, Россия

Цель: Изучить структурно-функциональные особенности состояния сердца у спортсменов с разной направленностью тренировочного процесса.

Материал и методы: Обследовано 65 спортсменов (все мужчины от 16 до 37 лет) высокой спортивной квалификации от 1-го взрослого разряда до мастера спорта международного класса. Спортсмены подразделены на группы в соответствии со спецификой вида спорта. I группа (20 спортсменов), тренирующая на «выносливость» (лыжные гонки, биатлон). II группа (25), развивающая скоростно-силовые качества (борьба). III группа (20) - «сила» (пауэрлифтинг). Спортивный стаж варьировал от 5 до 15 лет. Исследование кардиогемодинамики проведено методом эхокардиографии (ЭхоКГ) с оценкой конечно-систолического, конечно-диастолического объема левого желудочка (КСО, мл; КДО, мл), ударного объема (УО, мл), фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ,%), размера ЛЖ (см), толщины задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ, см), левого предсердия (ЛП, см), расчетом массы миокарда ЛЖ (ММЛЖ, г), а также определением отношения скоростей раннего и позднего (Е/А) диастолического наполнения ЛЖ.

Результаты: В соответствии с протоколом ЭхоКГ исследования средние показатели морфологии (геометрии сердца) и системной гемодинамики сердца во всех группах были в пределах нормальных значений. Однако у атлетов II и III групп, специализирующихся в видах спорта на развитие скоростно-силовых и силовых качеств, отмечено превалирование объемных фракций ЛЖ (КДО 125,8±3,06 мл; КСО 40,9±1,77 мл; УО 85,2±3,35 мл) по сравнению с группой спортсменов, тренирующих на «выносливость» (КДО 119,2±2,82 мл; КСО 41,8±1,4 мл; УО 76,8±2,4 мл). ФВ ЛЖ в I группе составила 66,8±0,94%, во II - 68,9±0,95%, в III - 69,5±1,17%. Изучение структурно-морфологических особенностей выявило увеличение параметров (ТЗСЛЖ 0,96±8,23 см; ЛЖ 5,12±0,06 см; ЛП 3,41±0,07 см; ММЛЖ 226,4±8,29 г) у атлетов во II и в III группах в сравнении с аналогичными показателями спортсменов I группы (ТЗСЛЖ 0,89±0,01 см; ЛЖ 4,99±0,06 см; ЛП 3,27±0,05 см; ММЛЖ 200,6±7,66 г). В группах, тренирующихся в видах спорта на выносливость, соотношение раннего и предсердного пика наполнения левого желудочка было выше (Е/А 1,97±0,11) по сравнению с группой «сила» (Е/А 1,77±0,09), что свидетельствует о наибольшей степени растяжимости и податливости миокарда и высоком уровне диастолической функции у спортсменов I группы.

Выводы: Таким образом, направленность спортивной тренировки оказывает влияние на морфологию и системную гемодинамику аппарата кровообращения. Тренировочный процесс спортсменов I группы на «выносливость» положительно воздействует на экономизацию сердечной деятельности. Спортсмены I группы (лыжники, биатлонисты) обладают большими резервными возможностями в отличие от спортсменов II и III групп, у которых сердечно-сосудистая система работает в энергетически напряженном режиме. В режим тренировочных нагрузок спортсменов, занимающихся борьбой и пауэрлифтингом, необходимо внести коррективы и разработать индивидуальные реабилитационные программы и рекомендации, способствующие полному восстановлению систем адаптации.

0889 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ДИАЛИЗНЫХ БОЛЬНЫХ

Танасе А., Евдокимова Л., Вистерничану Д., Гайбу С., Постолаке Л., Чепойда П.,

ГУМФ «Николае Тестемицану», Республиканская Клиническая Больница, Центр Диализа и Трансплантации почки, Кишинёв, Молдова

Цель: Выявление особенностей инфекционного эндокардита у диализных больных.

Методы: В ретроспективное исследование была включена группа из 18 пациентов с инфекционным эндокардитом (ИЭ), развившемся во время их нахождения на программном гемодиализе. Все пациенты находились на лечении в Центре Диализа и Трансплантации почки Республиканской Клинической Больницы между 2001 и 2005 годами. Поло-возрастная структура исследованной группы: 10 (55,6%) женщин и 8 (44,4%) мужчин, возраст варьировал между 19 и 56 годами. Диагноз ИЭ был установлен на основании критериев Duke Endocarditis Service в модификации Durack et al. (1994).

Результаты: Инфекционный эндокардит в большинстве случаев развился у пациентов с раннее интактными клапанами (14 больных – 77,8%), за исключением 2-ух случаев атеросклеротической валвулопатии и по одному случаю пролапса митрального клапана и постревматической валвулопатии. В условиях терминальной почечной недостаточности несмотря на лечение гемодиализом развиваются склеротические изменения клапанов, которые значительно облегчают развитие ИЭ. Подобные изменения были обнаружены у 8 из 9 (89%) пациентов с эхокардиографией, выполненной до развития ИЭ. Двухклапанное поражение было отмечено у 10 пациентов (у 9 – митральное и аортальное), трёхклапанное – у 1 пациента и одноклапанное – в 7 случаях (в 2-ух – аортальное, в 4-ёх – митральное и в одном случае – поражение трёхстворчатого клапана). Гемокультуры были положительны у большего, чем при других формах ИЭ процента больных – в 15 (83,3%) vs 45% случаев. С этиологической точки зрения преобладали Staphylococcus spp. и бактериальные ассоциации грам-положительных кокков и грам-отрицательных бактерий (по 40% случаев). Эмболический синдром был зарегистрирован у 8 (44,4%) пациентов. Согласно классификации Ф. Комарова (1992) была оценена активность патологического процесса, она была низкой у 2 пациентов, средней – у 10 пациентов и низкой – у 6 пациентов. Несмотря на предпринятое консервативное лечение прогноз был неблагоприятным у 8 (44,4%) пациентов, в 6 (33,3%) случаях была достигнута длительная ремиссия, а в 4 (22,3%) случаях у пациентов были выявлены рецидивы патологического процесса. В 7 случаев источником инфекции был центральный венозный катетер. Частота рецидивов у диализных пациентов была значительно выше, чем в других группах (22,3% vs 5,6%), и у 3 из 4 пациентов была связана с изменением патогенного микроорганизма.

Выводы: Обследование пациентов, находящихся в нашем диализном центре подтвердила наличие определённых особенностей диализного инфекционного эндокардита: персистирующей бактериемии, рецидивирующего общевоспалительного синдрома, часто сочетающего с выраженным сопутствующим иммунодефицитом и значительной частотой развития эмболических осложнений.

0890 ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Танасе А., Чепойда П., Водзинская Е., Апостол Ж., Гончар Р.
ГУМФ «Николае Тестемицану», Республиканская Клиническая Больница, Кишинев, Молдова

Цель: Характеристика поражения сердечно-сосудистой системы пациентов с хроническим пиелонефритом (ХП).

Методы исследования: В рамках проведенного исследования было изучено поражение сердца у пациентов с ХП: 108 больных с 1-5 стадиями хронической болезни почек (ХБП) (все 5 групп гомогенны по ИМТ, АД, поло-возрастным характеристикам, концентрации холестерина и триглицеридов крови) и 22 пациента, находящихся на программном гемодиализе. Контрольный лот включал 20 здоровых лиц. Всем пациентам были выполнены ЭхоКГ, ЭКГ, предиализным пациентам – также гормоны системы ренин-ангиотезин-альдостерон (РАА) и фосфорно-кальциевого обмена.

Результаты: Значения индекса массы левого желудочка (ЛЖ) были: 69,7 г/см^3 (контроль), 71 г/см^3 (ХБП 1), 88,4 г/см^3 (ХБП 2), 89,9 г/см^3 (ХБП 3), 92,5 г/см^3 (ХБП 4), 118,4 г/см^3 (ХБП 5), 112,6 г/см^3 (Диализ <5 лет), 98,7 г/см^3 (Диализ >5 лет). Этот и другие симптомы гипертрофии ЛЖ независимо коррелировали с артериальной гипертензией (АГ), стадией ХБП, индексом массы тела (ИМТ), величиной почек (измерена с помощью УЗИ) и активацией системы РАА. Диастолическая дисфункция ЛЖ независимо коррелировала с АГ (3,4% (без АГ) vs 4,3% (АГ1) vs 23,3% (АГ2) vs 38,5% (АГ3)) и стадией ХБП (5,3% vs 9,7% vs 14,3% vs 30% vs 53,8% vs 50% (диализ < 5 лет) vs 33,3% (диализ <5 лет)). Систолическое давление в правом желудочке было 26,2 mmHg (контроль), 23,9 mm Hg (ХБП 1), 26,9 mmHg (ХБП 2), 28,6 mmHg (ХБП 3), 33,8 mmHg (ХБП 4), 42,8 mmHg (ХБП 5), 39,7 mmHg (диализ < 5 лет), 32,9 mmHg (диализ >5 лет). Дилатация правых отделов сердца и левого предсердия независимо коррелировала с АГ, стадией ХБП, возрастом, ИМТ, выраженностью нефросклероза. Частота фиброза аортального клапана в зависимости от стадии ХБП (10% (контроль) vs 21,1% vs 45,7% vs 71% vs 90% vs 84,6% vs 80% (диализ <5 лет) vs 75% (диализ <5 лет)), подобная же тенденция была характерна для митрального и трёхстворчатого клапанов. Средняя величина митральной недостаточности в зависимости от стадии ХБП (0,53 (контроль) vs 1,58 vs 1,44 vs 1,81% vs 1,9 vs 2,15 vs 1,76 (диализ <5 лет) vs 1,52 (диализ <5 лет)), подобная же тенденция была характерна для аортального и трёхстворчатого клапанов. Клапанный фиброз и недостаточность независимо коррелировали с величинами АД, стадией ХБП и возрастом.

Выводы: Для пациентов с хроническим пиелонефритом характерна следующая эхокардиографическая симптоматика, развивающаяся независимо от других факторов риска начиная с ХБП ст. 3: гипертрофия и диастолическая дисфункция ЛЖ, преимущественное расширение правых отделов сердца и левого предсердия, фиброз и кальциноз митрального, аортального и трёхстворчатого клапанов. Лечение путём программного гемодиализа частично корректирует вышеуказанные патологические изменения путём устранения гиперволемии и уменьшения уремической интоксикации.

0891 ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ. ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ

Танатарова Г.Н., Каражанова Л.К., Рысбекова А.Б.
Семипалатинская государственная медицинская академия, Семей, Казахстан

Сердечная недостаточность – исход многих сердечно-сосудистых заболеваний как воспалительной, так и не воспалительной природы, серьезная причина нарушения трудоспособности и уменьшения продолжительности жизни.

ХСН страдают: почти 1%-всего населения мира, от 0,4 до 2% -в Европе, более 5 млн. человек – в США, причем 1,5 млн. имеют высокий (III-IV) функциональный класс СН.

Роль ФНО в развитии ХСН: отрицательное инотропное действие; ремоделирование сердца (необратимая дилатация полостей и гипертрофия кардиомиоцитов) нарушение эндотелий-зависимой дилатации артериол; усиление процесса апоптоза КМЦ и клеток периферической мускулатуры.

Цель исследования: изучить дейтвие лекарственных препаратов (циклоферон и омакор) и их влияние на показатель ФНО больных с ХСН.

Материалы и методы исследования: обследованные больные по уровню ФНО были разделены на 2 группы: 1-я группа ФНО >60,5пг/мл; 2-я группа 30,2<ФНО<60,5пг/мл. 1-ая группа – основная (n=25) распределена на две подгруппы: 1 подгруппа: 13 больных, получавшие дополнительно к традиционной терапии циклоферон; 2 подгруппа: 12 больных, получавшие омакор+циклоферон. 2-ая группа (n=6) - контрольная группа, которая получала традиционную терапию ХСН.

Результаты исследования:

Повышение маркера воспаления - провоспалительного цитокина-ФНО и ремоделирование миокарда с увеличением размеров и снижением ФВ левого желудочка играет важную роль в формировании клинического течения и в исходе ХСН. В результате проведенного исследования было обнаружено исходно повышенный уровень ФНО в сыворотке крови больных с сердечной недостаточностью, коррелирующей с функциональным классом сердечной недостаточности.

Динамика внутрисердечной гемодинамики больных с ХСН на фоне циклоферона и омакор+циклоферона: ФК ХСН в первой подгруппе исходно составлял 2,91±0,28, через месяц 1,85±0,30, во второй подгруппе основной группы 2,91±0,28 и 1,75±0,30 соответственно, тогда как в контрольной группе 2,84±0,25 и 2,27±0,11. Отмечено увеличение фракции выброса в группе больных получавших омакор+циклоферон.

Уровень ФНО (пг/мл) исходно у больных ХСН составил 61,5±3,23, когда у здоровых этот показатель достоверно ниже 21,2±2,89. Влияние циклоферона на уровень ФНО у больных ХСН показал значительное снижение показателя 30,2±3,02, по сравнению со стандартной терапией 55,6±3,43 соответственно. В группе больных получавших сочетание циклоферон+омакор уровень ФНО достоверно ниже 27,4±2,93 ($p<0,001$) по сравнению с первой подгруппой больных, которые получали стандартную терапию ХСН и стандартная терапия + циклоферон.

Резюмируя полученные результаты можно сделать вывод: использование комбинации циклоферона и омакора на фоне стандартной терапии улучшает клиническое состояние больных, повышает толерантность к физической нагрузке и замедляет процессы дезадаптивного ремоделирования л.ж., ингибирует иммуновоспалительные реакции, снижая экспрессию провоспалительного цитокина-ФНО.

0892 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСЬЮ

Танатарова Г.Н., Рысбекова А.Б.
Семипалатинская государственная медицинская академия, Семей, Казахстан

Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одним из самых распространенных и прогностически неблагоприятных осложнений сердечно-сосудистых заболеваний. Доказано участие перекисного окисления липидов (ПОЛ) в атерогенезе, патогенезе ишемической болезни сердца, стрессорных повреждений миокарда, гипоксии.

Цель исследования: Оптимизация терапии сердечной недостаточности у больных инфарктом миокарда на основе оценки состояния показателей окислительного метаболизма.

Материалы и методы исследования: Обследовано 53 больных с первичным острым инфарктом миокарда. Средний возраст 53,7±2,3 года. Стадии СН определяли по классификации NYHA.

Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц. Всем больным проводилось исследование показателей ПОЛ: малоновый диальдегид (МДА), диенговые конъюгаты (ДК), основания Шиффа (ШО) и супероксиддисмутаза (СОД) в плазме крови.

Результаты исследования: В ходе нашего исследования в целях дифференцированного определения показателей липопероксидации, АОЗ были выделены группы больных сердечной недостаточностью. В результате исследования наблюдалось достоверно более значимое повышение показателей первичных и вторичных продуктов окисления липидов, угнетение ферментного звена антиоксидантной системы по сравнению с группой больных с неосложненным течением ИМ. На основании полученных нами данных о наличии выраженных нарушений в исследованных биохимических системах сделан вывод о необходимости включения в комплексную терапию сердечной недостаточности препаратов, обладающих антиоксидантной активностью.

Данные, полученные при исследовании показателей липопероксидации, активности АОС при терапии сердечной недостаточности с помощью предуктала, позволяют сделать вывод о наличии значительного положительного влияния препарата на состояние липопероксидации, антиоксидантный статус при проведении анализа как на 7 день пребывания больных в стационаре, так и через 6 месяцев лечения.

Резюмируя в целом полученные клинические результаты лечения больных острыми формами ИБС с применением метаболических цитопротекторов, мы пришли к выводу о том, что наибольший клинический, как и биохимический эффект продемонстрирован при комбинации препаратов предуктал+аллопуринол. На втором месте по клинической эффективности находится применение только предуктала. Достоверный антиоксидантный эффект, хотя и уступающий таковому у предуктала, продемонстрирован при применении пирацетама. Имеются также клинико-лабораторные основания для использования в качестве миокардиального цитопротектора ингибитора пуринового метаболизма аллопуринола.

Выводы: Применение метаболически активного цитопротектора (предуктал), на ранних стадиях сердечной недостаточности обеспечивает снижение патологического воздействия ПОЛ на миокард, способствуя тем самым уменьшению его повреждения, улучшению прогноза заболевания.

0893 КАРДИАЛЬНАЯ ВЕГЕТАТИВНАЯ НЕЙРОПАТИЯ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Блинов А.В., Коваленко Т.В.
ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, Ижевск, Россия

Поражение вегетативной нервной системы (ВНС), осуществляющей регуляцию витальных функций и поддержание гомеостаза, является осложнением во многом определяющим течение, прогноз и структуру смертности при сахарном диабете (СД). Наибольшую клиническую, диагностическую и прогностическую роль играют кардиоваскулярные осложнения.

Цель: изучить распространенность диабетической кардиальной вегетативной нейропатии (ДКВН) у детей с сахарным диабетом, установить факторы риска ее формирования.

Методы: кардиальную автономную нейропатию диагностировали с помощью анализа вариабельности ритма сердца (ВРС) при проведении кардиоинтервалографии. При анализе ВРС использовались параметры, рекомендованные Стандартами, также применялись 5 кардиоваскулярных проб по Ewing. Обследованы 83 пациента школьного возраста (средний возраст 12,3±0,5 лет). Впервые выявленный СД диагностирован у 15 из них, СД длительностью от 1 до 5 лет – у 36, более 5 лет - у 32. Контрольную группу составили 19 практически здоровых детей школьного возраста, которые по результатам клинического тестирования ВНС относились к нормотоникам.

Результаты: у детей с впервые выявленным СД признаков ДКВН не отмечалось. У 23,5±5,1% (n=16) пациентов с длительностью СД 1 год и более были зарегистрировано снижение ВРС, именно эта категория пациентов составила группу риска на формирование дисфункции ВНС. Диагноз ДКВН выставлен нами 11 пациентам. Основанием для постановки диагноза явились клинические симптомы в виде тахикардии покоя (у всех обследованных) и ортостатической гипотензии (у 3/4 пациентов), а также значительные изменения показателей, характеризующих ВРС (аваариабельный сердечный ритм). Достоверное (в сравнении, как со здоровыми детьми, так и с остальными пациентами с СД) снижение показателей SDNN, pNN50, RMSSD, вариационного размаха, моды, нарастание амплитуды моды, индекса напряжения. Отмечена также сниженная реакция при проведении кардиоваскулярных тестов. При этом у каждого пациента результаты как минимум 2 тестов имели пограничное (ниже M-1σ) или низкое (ниже M-2σ) значение по сравнению с показателями у здоровых детей. Корреляционный анализ показал наличие связи между длительностью СД (P<0,01) и уровнем компенсации заболевания (P<0,01) и изменением вегетативной иннервации сердца в виде роста симпатических влияний и снижения ВРС. Средний возраст на момент постановки диагноза вегетативной нейропатии составил 14,6±1,3 лет, длительность СД превышала 5 лет (в среднем - 9,6±1,0 года). Все пациенты имели неудовлетворительные показатели компенсации заболевания (HbA1=11,3±0,7%), что привело к формированию специфических диабетических осложнений (в среднем 5,9 осложнений на одного больного).

Выводы: частота ДКВН достигает 16,2 на 100 пациентов детского возраста с длительностью заболевания более 1 года. Вклад в ее формирование вносят длительное и осложненное течение СД и неудовлетворительная метаболическая компенсация заболевания.

0894 СВЯЗЬ ТОЛЩИНЫ ИНТИМА-МЕДИА КАРОТИДНЫХ СОСУДОВ С УРОВНЕМ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Тарасова М.А., Малых И.А., Кляшев С.М, Кляшева Ю.М., Кортусова С.А.
ГОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» Росздрава, Тюмень, Россия

Цель: По данным ультразвукового дуплексного исследования изучить состояние сосудов каротидной зоны, взаимосвязь толщины интима-медиа (ТИМ) сонных артерий с уровнем С-реактивного белка (СРБ) у больных анкилозирующим спондилитом (АС).

Материалы и методы: Обследован 71 больной мужского пола с достоверным АС. Средний возраст пациентов составил 38,6±1,7 лет. Длительность заболевания АС 11,7±0,7 лет. Контрольную группа была представлена 30 практически здоровыми мужчинами, сопоставимых по возрасту. По выраженности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (курение, нарушение липидного обмена, избыточная масса тела, гиподинамия, стресс и т.д.) исследуемые группы были сопоставимы. Всем исследуемым проводилось дуплексное ультразвуковое исследование каротидных артерий с измерением ТИМ на ультразвуковом аппарате «Vingmed Sistem Five» (США) в трех стандартных точках: общая сонная артерия, луковица, внутренняя сонная артерия. Определение С-РБ проводилось методом иммунотурбидиметрии. В работе использовали реактивы фирмы «DyaSys» (Германия). Фотометрический замер проводили на спектрофотометре СФ-46 (Россия).

Результаты: Полученные данные показали, что у больных АС, ТИМ составила: в общей сонной артерии справа - 0,67±0,02 мм, слева - 0,69±0,02 мм; в луковице справа - 0,77±0,03 мм, в луковице слева - 0,79±0,03 мм; во внутренней сонной артерии справа - 0,67±0,02 мм, слева - 0,68±0,02 мм, что было достоверно выше по сравнению с контрольной группой (p<0,001). При этом увеличение ТИМ ≥0,9 мм, регистрировалось чаще в группе АС в сравнении со здоровыми (p<0,001). У больных АС в 14,1% случаев наблюдались атеросклеротические бляшки (АТБ), причем у 4,2% больных выявлено наличие АТБ со стенозированием каротидных сосудов. В обследованной группе практически здо-

ровых лиц АТБ не выявлены. Уровень сывороточного СРБ в группе больных АС составил 12,2±0,9 мг/л, что было достоверно выше по сравнению с группой здоровых лиц (p<0,001) Корреляционный анализ выявил взаимосвязь величины ТИМ с возрастом больных АС (r=0,47, p<0,001), длительностью заболевания АС (rs=0,39, p<0,001), а также уровнем сывороточного СРБ (r=0,38, p<0,01).

Выводы: Таким образом, данные ультразвукового дуплексного сканирования показали, что у больных АС наблюдаются явления ремоделирования каротидных сосудов, проявляющиеся увеличением ТИМ, наличием АТБ, в том числе с гемодинамически значимым стенозом сонных артерий. Связь между ТИМ и длительностью, а также воспалительным компонентом заболевания АС, может свидетельствовать о взаимосвязи патогенетических механизмов АС, с развитием и прогрессированием атеросклероза у данной группы больных.

0895 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИВАБРАДИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИБС С ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Татарченко И.П., Бирюченко М.В., Позднякова Н.В., Мордовина А.Г.
ГОУ ДПО «ПИУВ Росздрава», ФГУЗ «МСЧ-59 ФМБА России», Пенза, Россия

Цель работы – изучить эффективность ивабрадина в составе комбинированной терапии у больных ИБС с ХСН II–III функционального класса (ФК), влияния на качество жизни, показатели суточной ишемии миокарда (СИМ), сократительной функции левого желудочка (ЛЖ).

Материал и методы исследования: исследование - открытое, контролируемое, длительность наблюдения – 6 месяцев. Больные ИБС с ХСН II–III ФК по классификации NYHA-59 человек, средний возраст - 57,3±4,5 лет. Комплекс обследования: общеклиническое и лабораторное исследование, ЭКГ в 12 отведениях, холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ).

Результаты и выводы: Больные 1-й группы (n=30) получали комплексную базовую терапию: ингибиторы АПФ, мочегонные, аспирин, статины, при необходимости нитраты. Пациентам 2-й группы (n=29) к базовой терапии дополнительно включали ивабрадин (препарат «Кораксан», средняя доза - 7,5 мг). В конце периода наблюдения в 1-й группе лишь 23,3% пациентов отметили улучшение переносимости физических нагрузок, уменьшение приступов стенокардии и количества потребления нитроглицерина, 66,7% больных указывали на отсутствие каких-либо изменений в субъективном состоянии. На фоне терапии кораксаном 90% больных отмечали увеличение двигательной активности при достаточно хорошей её переносимости, уменьшение приступов стенокардии, количество применяемого короткодействующего нитроглицерина снизилось с 8,8±2,7 таблеток за неделю до 1,2±0,5. Включение кораксана у больных 3 группы привело к снижению ЧСС до 62,6±4,7 уд/мин.

Во группах при исходном ХМ ЭКГ суточная продолжительность ишемии (СИМ), общее количество эпизодов болевой (БЭИМ) и безболевой ишемии миокарда (БИМ) сопоставимы. При повторных исследованиях наибольшее уменьшение СИМ - в группе с кораксаном: с 36,2±3,3 до 10,3±2,1 мин, p<0,05. В 1 группе при стандартной терапии количество БЭИМ и БИМ осталось без значимой динамики, а у 2 пациентов отметили увеличение СИМ до 46,6±3,4 мин. Количество БЭИМ и БИМ, СИМ преобладали в 1 группе при сравнении с аналогичными показателями у больных, получавших кораксан. У больных 2 группы комплексная терапия с включением кораксаном позволила увеличить фракцию выброса (ФВ) до 9% от исходного значения, p<0,05, при этом отмечено улучшение диастолической функции левого желудочка: увеличение соотношения пика Е к пику А трансмитрального диастолического потока (Е/А) от 0,64±0,17 до 1,09±0,16, уменьшение IVRT от 121±3,8мс до 98,3±2,4мс, при p<0,05.

Таким образом, включение ивабрадина в состав комбинированной терапии больных ИБС с дисфункцией левого желудочка улучшает качество жизни, уменьшает степень тяжести ХСН, обеспечивает должный антиишемический эффект: уменьшение суточной ишемии миокарда и количества эпизодов болевой и безболевой ишемии, оказывает положительное влияние на показатели систолической и диастолической функции сердца.

0896 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Татарченко И.П., Молокова Е.А, Секерко С.А.
ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Росздрава», Пенза, Россия

Цель: изучить корреляционные связи между показателями суточного профиля артериального давления (АД) и гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) у больных с гипертонической болезнью.

Методы: Обследовано 95 больных (42 мужчины и 53 женщины) в возрасте от 32 до 45 лет (37,7±4,2 года) с ГБ I-II степеней (ВОЗ/МОАГ, 1999г.). Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) проводилось с помощью аппарата АВРМ-04 «Meditech» (Венгрия) по стандартной методике. Анализировались средние значения систолического (САД) и диастолического АД (ДАД) за день, ночь, сутки в целом; степень ночного снижения АД (СНСАД); вариабельность САД и ДАД; индексы нагрузки давлением САД и ДАД (ИНСАД и ИНДАД). Для оценки утренней динамики АД рассчитывали величину и скорость утреннего подъема АД (ВУПАД и СУПАД). Эхокардиографическое исследование проводилось в М- и В-режимах. Для оценки ГЛЖ рассчитывали индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ). При ИММЛЖ>125 г/м^2 для мужчин и ИММЛЖ>110 г/м^2 для женщин судили о ГЛЖ. При анализе степени выраженности связи между показателями СМАД и ГЛЖ применяли метод непараметрического корреляционного анализа Спирмена.

Результаты: По данным СМАД тип с сохранением двухфазного суточного ритма АД (тип «dipper») регистрировался лишь у 26,3% гипертоников. У остальных больных (73,7%) наблюдалось нарушение суточного ритма АД: тип с недостаточным снижением АД в ночное время («non-dipper»-54,5 %), с ночной гипертонией («night-peaker»-11,5%), с чрезмерным падением АД ночью («over-dipper»- 7,7%). У пациентов-гипертоников с нормальным типом суточного ритма АД («dipper») ИММЛЖ составил 161,4±17,3 г/м^2, в группе «non-dipper»-172,3±19,7 г/м^2, «over-dipper»-158,5±19,3 г/м^2, «night-peaker»-175,4±11,5 г/м^2. Корреляционные взаимосвязи выявлены между ИММЛЖ и средними показателями СМАД: САД за сутки (r=0,48, p<0,01); ДАД за сутки (r=0,57, p<0,01); САД за день (r=0,36, p<0,01); ДАД за день (r=0,47, p<0,01); САД за ночь (r=0,59, p<0,01) и ДАД за ночь (r=0,74, p<0,001). Статистически значимая корреляционная зависимость между ИММЛЖ и показателями ВУП АД, СУП АД (r=0,65, p<0,01; r=0,57, p<0,01 соответственно) установлены лишь у больных с типом суточной кривой АД «non-dipper». Повышенные показатели вариабельности САД и ДАД в ночное время также связаны сильной корреляционной зависимостью с ИММЛЖ у гипертоников с типами суточной кривой АД «non-dipper» (r=0,78, p<0,001) и «night-peaker» (r=0,82, p<0,001). Индексы нагрузки давлением САД и ДАД имеют корреляционные связи с ГЛЖ: для дневных ИНСАД (r=0,54, p<0,01) и ИНДАД (r=0,68, p<0,001); для ночных ИНСАД (r=0,74, p<0,001) и ИНДАД (r=0,86, p<0,001); для суточных ИНСАД (r=0,58, p<0,01) и ИНДАД (r=0,72, p<0,001).

Выводы: таким образом, у больных с ГБ I-II степеней выявлены статистически значимые корреляционные связи между показателями СМАД и ГЛЖ.

0897 ОЦЕНКА ИНДЕКСОВ НАГРУЗКИ ДАВЛЕНИЕМ ПО ДАННЫМ СМАД У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Татарченко И.П., Морозова О.И., Купаева Р.А., Зайцева А.В., Коломиец Е.В., Секерко С.А.
ПИУВ, МУЗ «ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина», Пенза, Россия

Цель: оценить значения индексов нагрузки давлением по данным СМАД у больных с артериальной гипертензией (АГ) по данным амбулаторного звена.

Материалы и методы: В исследование включены 36 больных с АГ - 18 мужчин и 18 женщин в возрасте 27-64 лет. Для исследования были отобраны больные с некомпенсированной АГ при измерении на приёме. ПО СМАД оценивались средние и максимальные САД и ДАД (САД ср. и ДАД ср., САД макс. и ДАД макс.); индексы времени и площади САД (ИВСАД, ИПСАД) и ДАД (ИВДАД, ИПДАД). СМАД проводилось на фоне гипотензивной терапии, на аппарате «ДМС – передовые технологии», Россия. Больные были разделены на 3 группы в соответствии со степенью АГ.

Результаты: 1) Группу больных с АГ 1-й степени составили 9 человек. В данной группе отмечались нормальные значения САД ср. и ДАД ср., значения САД макс. и ДАД макс. составляли в среднем 155/104 мм рт.ст. Значения ИВСАД составляли в среднем 28,7% днём и 40,6% ночью. Значения ИВДАД - 45% днём и 23% ночью. Значения ИПСАД составляли в среднем 27 мм рт.ст.* час днём и 30 мм рт.ст.* ночью, значения ИПДАД - 60,3 мм рт.ст.* час и 12 мм рт.ст.* час соответственно. Обращает на себя внимание то, что уже при АГ 1-й степени с нормальными САД ср. и и ДАД ср., ИВ был повышен в 1,5–3 раза по сравнению с нормативными значениями. 2) Группу больных с АГ 2-й степени составили 13 человек. В данной группе САД ср. и ДАД ср. составляли в среднем 147/96 мм рт.ст. днём и 134/84 мм рт.ст. ночью, значения САД макс. и ДАД макс. - 179/118 мм рт.ст. Значения ИВСАД составляли в среднем 65,8% днём и 79% ночью. Значения ИВДАД - 63% днём и 60,5% ночью. Значения ИПСАД в среднем составляли 152,5 мм рт.ст.* час днём и 120,2 мм рт.ст.* ночью, значения ИПДАД - 126,7 мм рт.ст.* час и 55,2 мм рт.ст.* час соответственно. Характерно, что при умеренно повышенных значениях САД ср. и ДАД ср. и высоких кризовых значениях АД, значения ИВ превышали нормативные в 3,3–10 раз. Значение ИПСАД и ИПДАД увеличились в среднем в 3,3–4,8 раз по сравнению с группой больных с АГ 1-й степени. 3) Группу больных с АГ 3-й степени составили 14 человек. В данной группе САД ср. и ДАД ср. составляли в среднем 167/101 мм рт.ст. днём и 154/90 мм рт.ст. ночью, значения САД макс. и ДАД макс. - 204/124 мм рт.ст. Средние значения ИВСАД превышали 80% днём и 87% ночью. Значения ИВДАД - 64,8% днём и 65,8% ночью. Значения ИПСАД составляли в среднем 456 мм рт.ст.* час днём и 280 мм рт.ст.* час ночью, значения ИПДАД - 237 мм рт.ст.* час и 100 мм рт.ст.* час соответственно. В данной группе при существенно повышенных САД ср. и ДАД ср. и высоких кризовых цифрах АД отмечалось приблизительно такое же, как у больных с АГ 2-й степени, повышение ИВСАД и ИВДАД, связанное с «эффектом насыщения». При этом резко возросли не подверженные «эффекту насыщения» ИПСАД (в среднем в 2,67 раз) и ИПДАД (в среднем в 1, 85 раз).

Вывод: При анализе полученных данных было выявлено, что с повышением степени АГ значения ИВ и ИП САД и ДАД увеличивались в несколько раз, что отражало постоянную нагрузку давлением на органы-мишени, особенно выраженную при АГ III степени.

0898 СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Таубер О. Н.
Пермская краевая клиническая больница №2 «Институт сердца», Пермь, Россия

Цель: изучить состояние основных параметров гемостаза у больных ИБС, определить характер корреляционных взаимоотношений.

Материал и методы. Основные звенья системы гемостаза оценивали у 202 больных ИБС (мужчин 74,3%) в возрасте от 36 до 70 лет (56,3±0,6).по следующим показателям: ристомицин-кофакторная активность фактора Виллебранда (ФВ,%), количество тромбоцитов в периферической крови, АДФ-индуцированная агрегация тромбоцитов (АТ с АДФ,%), уровень растворимых комплексов фибрин-мономера (РКМФ, мг/дл), активированное парциальное тромбопластиновое время (АПТВ, сек.), протромбиновое время (ПТВ, сек.), международное нормализованное отношение (у.е.), тромбиновое время (ТВ, сек.), концентрация фибриногена (г/л), активность антитромбина (ААТ,%), активность XIIa-калликреин-зависимого эуглобулинового фибринолиза (мин.). Коагуляционные тесты системы гемостаза выполняли на коагулометре «LCL 700» с использованием диагностических наборов фирмы «Технология-Стандарт» (Россия). Активности протеина С (%) изучали ИФА с помощью набора «Protein C ELISA» фирмы «Technoclone» (Австрия). Кровь забирали у пациентов в утренние часы натощак после 12-часового голодания из кубитальной вены через иглу без использования шприца и систем для забора крови.

Продолжительность ИБС составила от 1месяца до 25 лет (58,9±4,6 мес.) Стенокардия III–IV ФК по CCS выявлена у 82,7% больных (ФК в среднем 3,2±0,2), у 17,3% - нестабильная стенокардия. Трехсосудистое поражение коронарных артерий (стеноз >70%) по данным КВГ выявлено у 39,1% больных, двух- и однососудистое – в 28,7% и 32,2%, соответственно. 45 пациентов с интактными коронарными артериями по данным КВГ составили контрольную группу. Группы были сопоставимы по полу и возрасту.

Результаты. Повышение концентрации ФВ с одновременным увеличением гиперкоагуляционного потенциала, высокий уровень тромбинемии, угнетение фибринолиза представляют тромбогенную ситуацию у больных ИБС.

Корреляционный анализ взаимоотношений параметров эндотелиального и коагуляционного звеньев гемостаза выявил отрицательную связь между показателями, а именно ФВ с АПТВ (R=-0,277, p=0,001) и ТВ (R=-0,304, p=0,0001), положительную связь ФВ и ХЗФ (R=0,175, p=0,036). Положительная корреляционная связь установлена между уровнем РКМФ и показателями коагуляционной активности - АПТВ (R=0,247, p=0,002), ПТВ (R=0,2, p=0,011) и ТВ (R=0,258, p=0,001). Наличие обратной связи между уровнем РКМФ и ААТ (R=-0,234, p=0,003) вероятно, характеризует компенсаторное повышение РКМФ в условиях гиперагрегации при сохранной активности антикоагулянтов. В группе пациентов без атеросклеротического поражения коронарного русла значимых взаимосвязей между показателями эндотелиального, коагуляционного и фибринолитического звеньев гемостаза не выявлено.

Вывод. ИБС с атеросклеротическим поражением артериальных бассейнов представляется в качестве уникальной модели тробофилии, при которой имеются у больных глубокие нарушения системы гемостаза.

0899 НАРУШЕНИЕ ОБМЕНА ГОМОЦИСТЕИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Таубер О.Н., Суханов С.Г., Оносова Е. А, Суркина М. И., Гимерверт М.А., Готфрид Н. Г., Петренева Н.В.
Пермская Краевая клиническая больница №2 «Институт сердца», Пермь, Россия

Цель исследования: изучить уровень гомоцистеинемии у больных ИБС на этапе подготовки к операции коронарного шунтирования (КШ) и определить необходимость коррекции выявленных нарушений в послеоперационном периоде.

Материал и методы. В исследование вошли 202 больных ИБС, из них мужчин 74,3% (n=150), средний возраст 56,3±0,6 лет (36–70 лет). Стаж ИБС составил в среднем 58,9±4,6 месяцев. У 167 (82,7%) больных отмечена стенокардия III – IV ФК (в среднем ФК - 3,2±0,1), нестабильная стенокардия - у 35 (17,3%) больных. Тромботические инциденты в анамнезе наблюдались у 122 (60,4%) больных: инфаркт миокарда у 110 (54,5%) и мозговой инсульт – 21 (10,4%), оба осложнения - в 9 (4,5%) случаях. По данным КВГ отмечено трехсосудистое поражение коронарных артерий у 39,1% больных, двух- и однососудистое – в 28,7% и 32,2%, соответственно. Уровень гомоцис-

теина определяли иммуноферментным методом с помощью набора «IMMULITE®2000 Homocystein» фирмы «DPC» (США). Контрольная группа – 45 пациентов без атеросклеротического поражения коронарного бассейна, сопоставимых по возрасту и полу.

Результаты. Исходно уровень гомоцистеина у больных ИБС составил 15,7±0,5 (от 6,3 до 43) мкмоль/л. Уровень гомоцистеина менее 10 мкмоль/л.отмечен в 9,4% случаев. Согласно рекомендациям Американской Ассоциации кардиологов гомоцистеинемия более 10 мкмоль/л при наличии факторов риска считается пограничной: в диапазоне 10–12 мкмоль/л. определен у 29 (14,4%) больных. У 76,2% больных установлен повышенный уровень гомоцистеина (более 12 мкмоль/л), из них умеренная гипергомоцистеинемия выявлена у 71,8% пациентов ИБС (от 15 до 30 мкмоль/л), свыше 30 ммоль/л – в 9 (4,5%) случаях. Показатели гомоцистеина были достоверно ниже (p=0,0002) в группе контроля (12,4±0,6 ммоль/л).

КШ выполнено 202 больным ИБС (в среднем 2,8±0,2 шунта) в условиях искусственного кровообращения (ИК, среднее время ИК – 44,1±2,5 мин.; среднее время ишемии – 26,1±1,7 мин.), нормотермии (35,4±0,20С) и фармакохолодовой кардиоплегией.

нормотермии, фармакохолодовой кардиоплегии. На амбулаторном этапе реабилитации больные принимали аспирин, β-блокаторы, ингибиторы АПФ, статины, по показаниям мочегонные препараты, антагонисты кальциевых каналов, кордарон и витамины группы В с фолиевой кислотой. Снижение уровня гомоцистеина до 14,1±0,5 ммоль/л (p<0,05) отмечено через 3 месяца после КШ, через 6 месяцев – до 13,2±0,4 ммоль/л (p<0,01)

Выводы. 1. Гипергомоцистеинемия является одним из факторов прогрессирования атеросклеротического процесса.

2. В послеоперационном периоде у больных ИБС, перенесших коронарное шунтирование необходимо назначение препаратов – витаминов группы В и фолиевой кислоты с последующим мониторингом уровня гомоцистеинемии.

0900 ДИНАМИКА УРОВНЕЙ АНТИТЕЛ К КАРДИОЛИПИНУ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Таубер О. Н., Суханов С.Г.
Пермская краевая клиническая больница №2 «Институт сердца», Пермь, Россия

Цель: определить уровни антител к кардиолипину (аКЛ) и волчаночного антикоагулянта (ВА) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) до и после операции коронарного шунтирования (КШ).

Материал и методы: Обследовано 202 пациента с ИБС (1 группа), из них мужчин 74,3% (n=150) в возрасте от 36 до 70 лет (56,3±0,6). Продолжительность ИБС составила в среднем 58,9±4,6 месяцев (от 1мес. до 25 лет). Стенокардия III–IV ФК по CCS выявлена у 82,7% больных (ФК в среднем 3,2±0,2), нестабильная стенокардия - у 17,3% больных. По результатам КВГ в 39,1% случаев выявлено трехсосудистое поражение коронарных артерий (стеноз > 70%), двух- и одососудистое – в 28,7% и 32,2%, соответственно. КШ выполнено всем больным ИБС (в среднем 2,8±0,2 шунта) в условиях ИК (время ИК – 44,1±2,5 мин.; время ишемии – 26,1±1,7мин.), нормотермии (35,4±0,20С) и фармакохолодовой кардиоплегией. В исследовании не принимали участие больные сахарным диабетом. Уровни волчаночного антикоагулянта определяли коагуляционным методом диагностическим набором «STAGO DIAGNOSTIK», уровни антител к кардиолипину – ИФА набором «Антитела к аКЛ IgG/IgM» фирмы «ORGENTEC». В группу сравнения вошли 45 пациентов с интактными коронарными артериями по данным КВГ (2 группа), сопоставимыми по полу, возрасту.

Результаты. Исходные уровни антитела к аКЛ у больных ИБС с атеросклеротическим поражением коронарного русла (7,0±0,3 МЕ/мл; от 0 до 30) не отличались достоверно от показателей группы сравнения (6,8±0,6 МЕ/мл, от 4 до 11, p=0,87).

Установлены гендерные различия: у мужчин уровень аКЛ составил 7,36±0,4 МЕ/мл, более низкие показатели у женщин – 6,0±0,6 МЕ/мл (p=0,03).

Уровень аКЛ более 10 МЕ/мл определен у 20% больных ИБС, в группе сравнения – у 11%. Через 3 месяца после операции КШ уровень аКЛ достоверно снизился до 5,8±0,5 МЕ/мл (p=0,02, n=59) на фоне медикаментозной терапии (дезагреганты, β-блокаторы, статины, ингибиторы АПФ, по показаниям мочегонные препараты, антагонисты Са2+, кордарон), при этом в этой когорте больных уровень аКЛ более 10 МЕ/мл сохранялся у 6,7% больных.

Корреляционных взаимоотношений уровней аКЛ и степени атеросклеротического поражения, а также возраста, продолжительности заболевания не установлено. В обеих группах больных мы не выявили наличие ВА в сыворотке крови.

Выводы. 1. Уровень аКЛ более 10 МЕ/мл выявлен у каждого пятого больного ИБС с ангиографически верифицированным поражением коронарных артерий, свидетельствует о наличие лабораторного маркера антифосфолипидного синдрома.

2. Высокий титр аКЛ является фактором риска тромботических осложнений с необходимым мониторингом актуальных показателей гемостаза и медикаментозной коррекций выявленных нарушений.

0901 ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ И ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА

Таютина Т.В., Багмет А.Д., Чесникова А.И., Чижикова О.А.
Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

Цель: изучить состояние внутрисердечной и легочной гемодинамики у больных с хроническим легочным сердцем.

Методы: обследовано в динамике 50 больных ХОБЛ, средний возраст 59,8±3,5 лет. Первую группу составили 10 больных ХОБЛ с компенсированным ХЛС, вторую – 10 больных с ХЛС и ХСН I стадии, третью – 10 больных с ХЛС и ХСН IIА стадии, четвертую – 10 больных с ХЛС и ХСН IIБ стадии. Группу контроля составили 10 больных ХОБЛ без признаков ХЛС.

Наряду с оценкой общеклинических данных, всем больным проводились ЭКГ, эхокардиографическое исследование с определением систолического давления в легочной артерии, толщины стенки правого желудочка. КСО ПЖ, КДО ПЖ, КСР ПЖ, КДР ПЖ, фракции выброса правого желудочка.

Результаты: при развитии и прогрессировании ХЛС наблюдается изменение большинства изучаемых показателей. Так, при оценке объемных показателей ПЖ отмечено статистически достоверное их увеличение у больных с ХЛС и ХСН I стадии в сравнении с аналогичными показателями у больных с компенсированным ХЛС: КСО увеличился на 3,4%, КДО – на 2,8%. В группе больных с ХЛС и ХСН IIА стадии наблюдалось дальнейшее увеличение обсуждаемых показателей в сравнении с таковыми у больных 2-й группы: КСО – 8,8%, КДО – на 5,8%. У больных с ХЛС и ХСН IIБ стадии КСО увеличился на 12,8%. КДО – 13,6% в сравнении с результатами 3-й группы больных (p<0,01). Таким образом, объемные показатели тем больше, чем тяжелее СН у больных с ХЛС. Следует отметить, что толщина стенки ПЖ статистически достоверно увеличивалась у больных у больных с ХЛС и признаками СН: у больных с ХСН I стадии – на 1,8%, с ХСН IIА стадии – на 3,7%, при ХСН IIБ стадии на 5,1%. Анализ динамики систолического давления в легочной артерии показал, что у больных с ХЛС и ХСНI стадии давление в легочной артерии увеличилось на 2,1% в сравнении с таковым у больных с компенсированным ХЛС, у больных с ХСН IIА стадии – на 1,9% в сравнении с результатами больных 2-й группы, у больных с ХСН IIБ стадии – на 1,1% в сравнении с показателями 3-й группы. Обращает на себя внимание закономерность: чем выше стадия ХСН, тем на меньший процент увеличивалось систолическое давление в легочной артерии. Кроме того, важно отметить, что у больных с ХСН IIА стадии наблюдалось появление признаков диастоли-

ческой дисфункции левого желудочка, которые становились более выраженными у больных со IIБ стадией ХСН, что свидетельствует об опосредованном участии левого желудочка в прогрессировании ХСН при прогрессировании ХЛС в зависимости от степени выраженности СН.

Выводы: формирование ХЛС и прогрессирование ХСН у больных ХОБЛ сопровождается выраженными изменениями со стороны легочной и внутрисердечной гемодинамики, что свидетельствует о необходимости включения в алгоритм обследования данной категории больных эхокардиографию с определением допплерэхокардиографических параметров диастолической функции правого и левого желудочков.

0902 ОЦЕНКА СОСУДОДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ

Теплякова О.В., Бродовская Т.О., Соколова Л.А.
Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург, Россия

Описана зависимость между кардиоваскулярными заболеваниями и воздействием радиации среди лиц, переживших атомную бомбардировку. Известно, что эндотелиальные клетки, роль которых доказана в инициации и прогрессировании сердечно-сосудистой патологии, являются наиболее радиочувствительными. Таким образом, высокая распространенность болезней системы кровообращения у облученных лиц обосновывают целесообразность изучения эндотелиальной функции.

Цель исследования: оценить состояние функции эндотелия у ликвидаторов последствий аварии (ЛПА) на ЧАЭС в отдаленном периоде (через 20 лет) после воздействия ионизирующего излучения (ИИ).

Материалы и методы: в исследование включены 60 ЛПА в 1986 – 1988 гг.: из них - 30 пациентов, страдающих ИБС, и 30 - гипертонической болезнью (ГБ). Их средний возраст составил 53,1 года, средняя паспортизированная доза ИИ - 9,1 сГр. Группы пациентов без контакта с ИИ составили: 30 человек с ИБС и 32 пациента с ГБ. Контрольная группа формировалась из 27 здоровых добровольцев. Все группы сопоставимы по полу (мужской), возрасту, исходному диаметру плечевой артерии; а группы больных - по степени тяжести изучаемой сердечно-сосудистой патологии. Для оценки функции эндотелия использовалась манжетная проба. После быстрого снижения давления в манжете в изучаемом сегменте артерии проводились измерения диаметра на 30, 60 и 90 секунде и 5 минуте после реперфузии, в фазу диастолы. Реакция на усиление кровотока рассчитывалась как разница диаметров на фоне реактивной гиперемии и исходного диаметра. Результаты исследования представлены в формате M±m.

Результаты исследования. Для пациентов с ГБ, вне зависимости от факта воздействия ИИ, характерно значимое снижение показателей прироста диаметра плечевой артерии по сравнению со здоровыми лицами. Однако у пациентов с ГБ, подвергшихся действию ИИ, установлено, что относительные величины прироста диаметра плечевой артерии в течение первых 30 и 60 секунд после декомпрессии составляют 5,62±0,76% и 6,79±0,77%, что существенно меньше, чем у пациентов с ГБ без радиационного анамнеза (8,07±0,80% и 10,76±1,03% соответственно). Кроме того увеличен период достижения максимума прироста диаметра сосуда, который составил у ЛПА – 90 секунд, у пациентов с ГБ без воздействия ИИ – 60 секунд.

При исследовании пациентов с ИБС установлено, что вазодилатационная способность у ЛПА, страдающих ИБС, незначительна: максимальный прирост диаметра артерии составил 4,92±0,47%, достигнут только к пятой минуте, что значительно меньше не только по сравнению с группой контроля (13,62±1,63%), но и с больными ИБС, не имевшими контакта с ИИ (10,91±1,09%), которые достигли максимума уже к концу первой минуты.

Выводы: сравнительный анализ эндотелий-зависимой вазодилатации подтверждает тот факт, что радиационное излучение может являться дополнительным независимым фактором риска развития эндотелиальной дисфункции и патологии сердечно-сосудистой системы.

0903 ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Терентьев В.П., Дюжиков А.А. , Булгакова Н.М.
ГУЗ РОКБ, Центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии, Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования: оценка особенностей структурно-функциональных показателей миокарда у больных ишемической кардиомиопатией (ИКМП) с различной выраженность сердечной недостаточности (СН). подгруппах больных с ИКМП – с ФВ 40-50%, ФВ 30-40% и ФВ менее 30%.

Методы и материалы: у 60 больных в возрасте от 43 до 72 лет (средний 57,1+1,23 лет) с клинической манифестацией СН по 20 пациентов в 3 –х подгруппах с ФВ 40-50%, ФВ-30-40% и ФВ менее 30%. Оценивался характер изменения показателей с помощью эхо-кардиоскопического исследования: индекса массы миокарда левого желудочка (ЛЖ), миокардиального стресса, индекса сферичности ЛЖ, миокардиального резерва при выполнении физической нагрузки, конечно-диастолического напряжения стенки ЛЖ, в зависимости от состояния фракции выброса ЛЖ.

Результаты: согласно полученным данным, изменения пространственно-геометрических параметров у больных ИКМП было связано с выраженностью нарушений функциональных характеристик ЛЖ. Индекс относительной толщины стенки ЛЖ, который характеризовал взаимосвязь между компенсаторными физиологическими процессами гипертрофии и возникающего истончения стенок ЛЖ по отношению к его короткой оси, у больных с ФВ ниже 30% оказался существенно ниже аналогичных параметров у пациентов с ФВ 40-50%. Наличие жизнеспособного миокарда приводило к развитию компенсаторной гипертрофии, изменению геометрии ЛЖ с повышением его сферичности. Ремоделирование в ответ на перегрузку объемом, ишемическое повреждение миокарда было сопряжено с нарушением сократительной активности миокарда.

Выводы: на фоне структурной перестройки сердца у больных ИКМП по мере прогрессирования СН достоверно значимо изменялись изучаемые показатели . Чем больше структурная перестройка сердца у больных ИКМП по мере прогрессирования СН, тем более значимо менялись миокардиальный стресс, конечно-диастолическое напряжение стенки, миокардиальный резерв.

Конечно-систолические и конечно-диастолические размеры ЛЖ, толщина МЖП, ЗСЛЖ значимо не изменялись у больных с разной сократительной активностью миокарда.

0904 МОДИФИКАЦИЯ НАНОСТРУКТУР ВОДЫ С ЦЕЛЬЮ КОРРЕКЦИИ ДИНАМИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК СЕРДЕЧНОГО РИТМА

Терехов И.В., Волков К.В.
ГОУ ВПО Саратовский Военно-медицинский институт МО РФ, Саратов, Россия

Цель исследования. Изучение принципиальной возможности направленного воздействия на показатели ВСР с помощью низкоинтенсивного кратковременного (t=5 минут) излучения резонансных частот водных наноструктур. Для достижения цели было спланировано и проведено рандомизированное контролируемое исследование. Выбор частоты воздействия определялся результатами исследований, проведенных в институте радиотехники и электроники РАН, свидетельствующих, что частота 1ГГц, является резонансной частотой колебаний водных кластеров, и выявивших саногенные эффекты у электромагнитных излучений (ЭМИ) на данной частоте.

Материалы и методы. В исследовании включено 50 здоровых мужчин в возрасте от 22 до 30 лет, не имевших клинико – инструментальных признаков поражения сердечно – сосудистой системы, давших информированное согласие на проведение исследования. Исследование выполнено в соответствии с требованиями GCP под контролем Этического комитета Саратовского военно – медицинского института. Его условия соответствовали международным этическим требованиям к клиническим исследованиям с участием человека CIMOS – ВОЗ (1982, 1993). В исследовании использовался специально разработанный маломощный СВЧ генератор с аппликаторной излучающей антенной. При этом плотность потока мощности устанавливалась на уровне 0,75 мкВт/см^2, частота модуляции составляла 0,52 Гц (НЧ) и 1,33 Гц (ВЧ). ВСР оценивалась по результатам 5 минутной записи ЭКГ во 2 стандартном отведении после каждой серии воздействия. Статистическое планирование исследования, рандомизация и обработка результатов осуществлялись в модуле Experimental Design программы Ststistica 6.0.

Полученные результаты. Анализ полученных результатов выявил клинически значимые влияния модуляции СВЧ – сигнала на ВСР. Использование низкоинтенсивного резонансного радиоизлучения в полосе 975-1025 МГц и кратковременном режиме, не оказывает патогенного воздействия на организм. При этом в зависимости от вида модуляции несущего сигнала были получены статистически значимые изменения со стороны изучаемых показателей, выражавшиеся в увеличении RRNN с 900±75 мс до 1100±70 мс в сочетании с увеличением SDNN с 106±6мс до 118±5,6 мс при использовании режима модуляции НЧ. В противном случае наблюдалось уменьшение RRNN с исходных 900±75 мс до 840±65 мс, при снижении SSDN до 56±5,3 мс при использовании ВЧ модуляции. При использовании режима НЧ модуляции отмечалось снижение коэффициента LF/HF с 1,7±0,2 до 1,01±0,4. При реализации режима ВЧ существенных изменений данного показателя не наблюдалось.

Таким образом, проведенное исследование показывает принципиальную возможность реализации эффективного воздействия на электрофизиологические показатели сердца низкоинтенсивным резонансным излучением, что может служить основанием для более глубоких исследований в плане создания кардиологических лечебных нанотехнологий основанных на эффекте взаимодействия водной среды с резонансным радиоизлучением.

0905 ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА MIF И ИНФАРКТ МИОКАРДА В ДВУХ ЕВРОПЕОИДНЫХ ПОПУЛЯЦИЯХ

Терещенко И.П., Petrkova J., Lukl J., Mrazek F., Максимов В.Н., Воевода М.И., Petrek M.
ГУ НИИ Терапии СО РАМН, Новосибирск. Россия; Internal Medicine I & Laboratory of Immunogenomics, Faculty Hospital and Palacky University, Olomouc, Czech Republic

Цель: исследовать ассоциацию полиморфизма G-173C гена фактора ингибирующего миграцию макрофагов (MIF) и инфаркта миокарда (ИМ) в двух этнически гомогенных европеоидных популяциях (русские, чехи). Определить пригодность данного полиморфизма в качестве маркёра предрасположенности к ИМ в европеоидной популяции.

Методы: Проведено обследование 459 пациентов, перенесших ИМ: русских – 240 человек (средний возраст 55,3±9,3; мужчины/женщины 163/73), чехов – 219 человек (53,8±8,1;186/33). В качестве популяционного контроля была взята выборка русских жителей г. Новосибирска, обследованная в рамках программы ВОЗ MONICA – 174 человека (43,5±7,4; 76/98) и неродственных здоровых чехов – 137 человек (31,3±9,8; 70/67). Диагноз ИМ выставлялся в соответствии с критериями международного консенсуса (Anonymous, 2000). Статистический анализ осуществлялся с использованием статистического пакета SPSS v.13.0. Генотипирование по G-173C полиморфизму гена MIF проводили с помощью аллель-специфической ПЦР.

Результаты: Частота встречаемости генотипов маркера G-173C гена MIF в группе больных ИМ: среди русских – носителей генотипа GG - 68,3%; GC - 30,4%; CC – 1,3 %, в группе контроля – 72.4; 24,1; 3,4% (p=0,14). В аналогичной группе пациентов чешской национальности распределение генотипов составило – 74,4; 21,5; 4,1%, в контрольной группе – 75,2; 22.6; 2,2%, соответственно (p=0,61). Частота выявления -173CC генотипа среди русских пациентов, перенесших первый ИМ в возрасте до 50 лет имела недостоверную тенденцию к увеличению (p=0,057), среди чешских пациентов не было отмечено различия для групп с ИМ до и после 50 лет (p=0,76). Анализ частот менее распространенного аллеля С среди двух исследуемых популяций не выявил достоверных различий. Также не было выявлено ассоциации представленного маркера с ИМ в зависимости от пола пациентов в обеих популяционных группах. Согласно с предыдущим данными, где анализ полиморфизма G-173C со случаями коронарной болезни сердца был выполнен только в монголоидной популяции (Китай), в нашем исследовании, впервые проведенном в европеоидной популяции, выявлена большая частота аллеля -173 С и генотипов GC и CC (16,5% среди русских с ИМ; 14,8% в чешской популяции), тогда как китайской Хан популяции частота аллеля С составила 8,9% (результат статистически достоверный).

Выводы: Выявлено отсутствие достоверной ассоциации полиморфизма G-173C гена MIF с ИМ в двух европеоидных популяциях. Хотя имеется тенденция к увеличению частоты генотипа 173CC у русских с первым ИМ в возрасте до 50 лет. Предварительное исследование не выявило значимого вклада полиморфизма G-173C в гене MIF и развитие ИМ в европеоидной популяции, по сравнению с монголоидной популяцией.

0906 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СТАТИНОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Тимофеева И.И., Воскресенская Т.В., Зубрицкая С.А, Григорьева Е.В., Моляренко Е.В., Бурдина Е.Г., Сивков В.И.
ФГУ «Поликлиника № 2» УД Президента РФ, Москва, Россия

Цель: анализ эффективности применения статинов у больных, перенесших инфаркт миокарда.

Материалы и методы: в исследование включено 115 пациентов (75 мужчин и 40 женщин, средний возраст 61,3±9,8 лет) после инфаркта миокарда. Помимо базисной терапии (ингибиторы АПФ, β-блокаторы, аспирин), больные получали статины в течение шести лет. Группу контроля составили 100 человек, перенесшие инфаркт миокарда (68 мужчин и 32 женщины, средний возраст 62,2±9,4 лет), не получавшие статины. Исследование включало оценку возможности снижения риска повторных сердечно-сосудистых событий, а так же достижения целевых значений общего холестерина и липопротеидов низкой плотности.

Результаты: до назначения статинов у больных основной и контрольной групп уровень общего холестерина составил 8,03±0,46 ммоль/л, холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) - 1,51±0,21 ммоль/л, холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) - 5,02±0,64 ммоль/л, соответственно. На фоне проводимой терапии в исследуемой группе отмечено статистически достоверное снижение средних показателей общего холестерина - 5,23±0,27 ммоль/л (p<0,05), ХС ЛПНП- 2,3±0,1 ммоль/л (p<0,05) и недостоверное увеличение ХС ЛПВП - 1,62±0,23 ммоль/л (p>0,05). Анализ полученных результатов показал, что целевой уровень общего холестерина (менее 4,5 ммоль/л) был достигнут у 48,7% (n=56) больных и ХС ЛПНП (менее 2,5 ммоль/л) у 40% (n=46) больных. В 8,7% случаев (n=10) снижения холестерина не было достигнуто. По конечным клиническим точкам оценивалось прогрессирование заболевания, которое отмечалось у пациентов основной группы в 5,2% (n=6). Из них, повторный инфаркт миокарда - у 3,5% (n=4), острое нарушение мозгового кровообращения - у 1,7% (n=2). В контрольной группе больных в конце периода наблюдения зарегистрировано недостоверное увеличение средних показателей общего холестерина - 9,81±0,13 ммоль/л и ХС ЛПНП - 6,21±0,52 ммоль/л, а также тенденция к снижению ХС ЛПВП - 1,32±0,13 ммоль/л. Повторные сердечно-сосудистые события в течении шести лет наблюдения зарегистрированы у 13% (n=13) больных. Из них, инфаркт миокарда - у 6% (n=6, один

больной умер), острое нарушение мозгового кровообращения - у 4% (n=4), операции реваскуляризации - у 3% (n=3, аорто-коронарное шунтирование - 2 человека, баллонная ангиопластика со стентированием - 1 человек).

Выводы: у больных с дислипидемией, перенесших инфаркт миокарда, применение статинов снижает риск повторных сердечно-сосудистых осложнений в 2,5 раза, что влияет на долгосрочный прогноз и должно использоваться в качестве базисной терапии для вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

0907 РОЛЬ ГЕНОВ ЦИТОКИНОВ В РАЗВИТИИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Тимашева Я. Р.
Институт биохимии и генетики Уфимского научного центра РАН, Уфа, Россия

Целью настоящего исследования было изучение роли полиморфизма и уровня экспрессии генов цитокинов в детерминации риска эссенциальной гипертензии (ЭГ) и оценка их взаимосвязи с показателями внутрисердечной гемодинамики и ремоделирования миокарда левого желудочка у больных ЭГ.

Клиническая группа состояла из трех подгрупп: первая включала 219 больных неосложненной ЭГ (162 мужчины, 57 женщин), вторая - 95 мужчин, больных ЭГ, с постинфарктным кардиосклерозом, третья - 41 мужчина, страдающий ЭГ, перенесший ишемический инсульт. Контрольная группа составлена из 273 практически здоровых людей (182 мужчины, 91 женщина), без признаков сердечно-сосудистых и других хронических заболеваний. Группа пациентов с ЭГ и контрольная группа были этнически однородны.

Обнаружено, что развитие ЭГ характеризуется формированием концентрических вариантов ремоделирования миокарда левого желудочка. У больных ЭГ, перенесших ИМ, чаще наблюдаются эксцентрическая гипертрофия, в том числе, с дилатацией левого желудочка. Аллельные варианты генов IL1B и IL10 ассоциированы с ЭГ у мужчин. Риск развития ЭГ повышен у носителей генотипов IL1B -511*T/*C и IL-10-627*C/*A, и понижен – у носителей генотипов IL1B -511*T/*T и IL-10-627*C/*C. Значимость аллельных вариантов генов-кандидатов для определения риска развития ЭГ проявляется в зависимости от возраста и гендерной принадлежности. Риск раннего развития ЭГ повышен у женщин с генотипами IL1RN*1/IL1RN*1 и IL-12B 1159*C/*C, а также у мужчин с генотипами IL1B -511*T/*T и AGT 174*T/*T. Генотип AGT174*T/*M и аллель AGT 174*M маркируют пониженный риск раннего развития ЭГ у мужчин.

Риск развития сердечно-сосудистых осложнений ЭГ ассоциирован с полиморфными вариантами генов IL1B, IL-6, IL-10, IL-12B и TNFA. VNTR-полиморфизм в интроне 4 гена эндотелиальной синтазы оксида азота (NOS3) ассоциирован с гипертрофией левого желудочка у больных ЭГ. В формировании структуры наследственной предрасположенности к ЭГ и ее сердечно-сосудистых осложнений участвуют сочетания генотипов полиморфных вариантов генов цитокинов. У мужчин-носителей сочетания генотипов IL10-627*C/*C – IL12B 1159 *A/*A и IL1B-511*T/*T – IL6 -572*G/*G отмечается пониженный, а сочетания IL1B-511*T/*C – IL6 -572*G/*G - повышенный риск развития ЭГ. Сочетание IL12B 1159 *A/*C – IL6 572*G/*C C и IL12B 1159 *C/*C – IL6 572*G/*G является протективным в отношении развития ЭГ у женщин. Сочетания генотипов IL12B 1159 *A/*C – IL6 572*G/*G и IL1B-511*C/*C – IL6 -572*G/*G являются маркерами повышенного риска развития инсульта. Сочетание генотипов IL10-627*C/*A – IL12B 1159 *A/*A соотносится с повышенным риском развития инфаркта миокарда. У больных эссенциальной гипертензией повышена транскрипционная активность генов CCL16, CCL17, CCL18, CCL19, CCL23, CCL8, CCR6, CCR8, CX3CR1, CXCL1, CXCL13, ICEBERG, IL13, IL17C, IL1F10, IL1F6, ILF9, SPP1, CD40LG, XCR1 и понижена транскрипционная активность гена CCL2.

0908 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОЛОНГИРОВАННОГО АНТАГОНИСТА КАЛЬЦИЯ ФЕЛОДИПА У КУРЯЩИХ ЖЕНЩИН С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Ткачева О.Н., Рунихина Н.К.
Московский Государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия; ГОУ ВПО «РГМУ» Росздрава, Москва, Россия

В последние годы растет количество курящих женщин. Однако данных о влиянии гипотензивной терапии на различные аспекты, связанные с курением, недостаточно.

Цель: сравнительная оценка эффектов фелодипина (Фелодипа) у курящих и некурящих женщин с эссенциальной АГ через 3 месяца его применения.

Методы исследования. В группе курящих женщин (n=37, средний возраст 50,1±5,1 лет) с АГ проведено лабораторное исследование уровня глюкозы, липидов и липопротеидов, суточное мониторирование АД, проба с реактивной гиперемией с определением эндотелий зависимой вазодилатации (ЭЗВД), оценка вариабельности ритма сердца (ВРС). В контрольную группу включены некурящие гипертензивные женщины (n=42, средний возраст 51,8±4,3 лет). В течение 3 месяцев пациентки в обеих группах получали Фелодип 5 мг однократно в сутки в виде монотерапии или в комбинации с ингибиторами АПФ и/или индапамидом.

Результаты. Исходно уровень АД днем и ночью в исследуемой группе составил 155,8±8,7/93,3±5,5 мм рт.ст. и 136,8±6,7/84,7±3,8 мм рт.ст. Показатели в группе контроля были сопоставимыми: 149,2±5,1/90,2±6,0 мм рт.ст. и 132,4±6,2/81,2±5,4 мм рт.ст., соответственно. Через 3 месяца Фелодип приблизительно одинаково снижал АД в обеих группах: у курящих женщин до 140,0±2,7/86,1±4,2 мм рт.ст. днем и до 128,4±8,3/75,4±5,0 мм рт.ст. ночью $p<0,05$, в группе некурящих – до 130,1±4,3/82,1±5,1 мм рт.ст. и 128,3±7,2/80,1±4,2 мм рт.ст., $p<0,05$, соответственно. Монотерапия позволяла добиться целевых значений АД у 21% курящих пациенток и у 33% некурящих. Терапия Фелодипом улучшала показатели суточного ритма АД: отмечалось сокращение количества нон-дипперов в исследуемой группе с 30,8% до 11,5% и с 20,8% до 4,2% в группе сравнения. Ритм сердца не учащался: ЧСС в исследуемой группе до лечения 81,0±2,8 уд/мин, после – 77,9±2,1 уд/мин, в контрольной – 73,2±3,4 и 68,1±2,5 уд/мин, соответственно. ЭЗВД исходно достоверно более низкая в группе курящих в сравнении с некурящими (8,2±0,11 и 10,2±0,88, $p<0,05$) достоверно не менялась, вероятно, в связи с краткостью наблюдения. Уровень общего холестерина, триглицеридов, глюкозы оставались не измененными. Показатели ВРС свидетельствовали о гиперактивации симпатоадреналовой системы (исходно более выраженной в группе курящих). Под влиянием терапии Фелодипом отмечено снижение мощности низких частот в обеих группах пациенток, что отражает уменьшение симпатической гиперактивности. Нежелательные явления были единичными, не требовали отмены препарата.

Выводы. Применение Фелодипа в течение 3 месяцев эффективно снижает АД у курящих и некурящих женщин-гипертоников, способствует восстановлению исходно нарушенного суточного ритма, снижает симпатоадреналовую активность, не вызывает тахикардии и нарушения углеводного и липидного обменов, имеет хорошую переносимость.

0909 ИШЕМИЧЕСКОЕ ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЕ И ПОСТКОДИЦИОНИРОВАНИЕ МИОКАРДА: КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Тодосийчук В.В., Кузнецов В.А.
Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Более 20 лет прошло с момента открытия C.Murry и соавт. уникального адаптивного феномена ишемического прекондиционирования миокарда (ИП), при котором зона некроза значительно уменьшается после нескольких предварительных корот-

ких эпизодов ишемии-реперфузии. Накоплен огромный экспериментальный материал, посвященный изучению клеточных и молекулярных механизмов, лежащих в основе ИП, а также поиску фармакологических препаратов, способных имитировать или усиливать защитные эффекты ИП. Потенциальная возможность применения ИП в клинической практике с использованием фармакологических препаратов, индуцирующих механизмы эндогенной кардиопротекции, вызывает особый интерес и энтузиазм у исследователей и, возможно, открывает путь для разработки новой терапевтической стратегии, направленной на повышение толерантности миокарда к ишемическому и реперфузионному повреждению у больных с различными формами ишемической болезни сердца (ИБС). Предложено несколько клинических моделей оценки ИП у больных ИБС: при кардиохирургических вмешательствах (моделирование ИП кратковременными эпизодами пережатия аорты при аортокоронарном шунтировании и трансплантации сердца); при операциях чрескожной баллонной коронарной ангиопластики (ЧТБКА); у больных инфарктом миокарда (ИМ) (оценивается влияние предынфарктной стенокардии на течение и прогноз заболевания) а также у больных со стабильной стенокардией напряжения (феномен «разминки» при проведении парных нагрузочных тестов (ТТ). Для клинической оценки ИП у больных ИБС нами изучены возможности холтеровского мониторирования, парных ТТ, нагрузочной равновесной радионуклидной вентрикулографии с 99m Tc-альбумином, нагрузочной стресс-эхокардиографии. Предложен и запатентован оригинальный способ оценки феномена ИП у больных ИБС. Показано влияние на феномен ИП некоторых медикаментозных препаратов: потенцирующее (дипиридамол, эпросартан) и блокирующее (глибенкламид), что, очевидно, следует учитывать при их назначении. Обнадеживают результаты многоцентровых исследований AMISTAD II и IONA, показавших эффективность применения аденозина у больных ИМ и активатора АТФ-зависимых калиевых каналов никорандила у больных со стабильной стенокардией в качестве препаратов, положительно влияющих на прогноз заболевания, предположительно, за счет потенцирования ИП. Внимание клиницистов привлекает недавно описанный J. Vinten-Johansen и соавт. (2005) феномен ишемического посткондиционирования, при котором используется специальный алгоритм восстановлении кровотока при ИМ – реперфузия прерывается серией кратковременных коронарных окклюзий, что приводит к значительному уменьшению зоны некроза миокарда. По мнению R.Kloner (2007), протокол посткондиционирования может использоваться во время проведения первичной ЧТБКА у пациентов с ИМ, однако требует доказательной базы. Для использования стратегий ИП и посткондиционирования в клинической практике необходимо подтверждение их эффективности и безопасности в крупномасштабных, рандомизированных, плацебо-контролируемых многоцентровых исследованиях.

0910 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В ОТДЕЛЬНО ВЗЯТОМ ГОРОДЕ ПРИВОЛЖСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

Токарева З.Н.[1], Евдокимова А.А.[1], Мамедов М.Н.[2], Шальнова С.А.[2], Оганов Р.Г.[2]

Министерство здравоохранения и социального развития Чувашской Республики[1], Чебоксары, Россия; ФГУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины[2], Москва, Россия

Метаболический синдром (МС) является серьезной медицинской и социально значимой проблемой в индустриально развитых странах. У пациентов с МС риск развития сердечно-сосудистых осложнений в два–три раза выше по сравнению с лицами без метаболических нарушений.

С целью изучения распространенности МС на случайной выборке взрослого населения г. Чебоксары было проведено одномоментное эпидемиологическое исследование. Методом случайной выборки в исследование были включены 749 мужчин и 1051 женщина в возрасте 30-69 лет (n=1800). В целом, отклик на исследование составил 87,1%. На первом этапе по анкете, включающей семейный анамнез, наследственность, статус курения, потребление алкоголя, уровень физической активности, характер питания, опросник Роуза, психологический и диабетический статусы, опрос по течению АГ и сопутствующим заболеваниям, принимаемым лекарствам были опрошены 1718 человек. В дальнейшем 149 респондентов (8,7%) по различным причинам не приняли участие в проведении инструментальных (АД, ЧСС, окружность талии, ЭКГ в покое) и биохимических исследований (общий ХС, триглицериды, ХС ЛВП, уровень сахара натощак и через 2 часа, иммунореактивный инсулин).

Изначально для выявления МС были использованы два метода: критерии АТР III (2001г) и Международной Федерации Диабета (МФД, 2005г), согласно которым распространенность МС в отдельно взятом городе Приволжского федерального округа составила 20,6% (n=314) и 34% (n=535), соответственно. В дальнейшем анализе были использованы критерии АТР III. Среди женщин МС встречается в 2,4 раза чаще, а с возрастом число больных увеличивается. Так, в возрастном диапазоне 30-39 лет МС выявлен у 1%, в 40-49 лет у 3,6%, в 50-59 лет у 9%, а в возрасте 60-69 лет у 7% респондентов. АГ оказалась наиболее часто встречаемым компонентом МС с частотой встречаемости 95%, второе место по частоте занимало абдоминальное ожирение - 91%. Интересно, что низкий уровень ХС ЛВП выявлен у большинства респондентов - 78%, тогда как высокие уровни триглицеридов и глюкозы выявлены у 44% и 30%, соответственно. Среди лиц с нарушением углеводного обмена у 10% диагностирован СД 2 типа, и каждый пятый пациент с МС имел предиабет (нарушение толерантности к глюкозе и/или высокая гликемия натощак). Трехкомпонентный МС выявлен у 66,4% (n=208), сочетание 4 компонентов МС выявлен у 25,7% (n=81). Все пять компонентов МС выявлены у 7,9% (n=25).

Таким образом, по данным одномоментного эпидемиологического исследования каждый пятый респондент в случайной выборке города Чебоксары имеет МС. Среди женщин МС встречается чаще, с возрастом частота также увеличивается. АГ, абдоминальное ожирение и низкий уровень ХС ЛВП являются наиболее часто встречающимися компонентами метаболического синдрома.

0911 ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ДИНАМИКА ФРАКЦИИ ВЫБРОС У БОЛЬНЫХ, НЕ ИМЕЮЩИХ ИНФАРКТА МИОКАРДА В АНАМНЕЗЕ, ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Толкачёв И.М.

ГГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава», Оренбург, Россия

В большинстве случаев ишемическая болезнь сердца ведёт к хронической сердечной недостаточности, одной из главных причин, определяющих высокий уровень инвалидизации и летальности больных, страдающих от этой патологии. Большая часть пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца, имеют ту или иную степень хронической сердечной недостаточности.

Целью исследования была оценка динамики фракции выброса у больных, перенесших реваскуляризацию миокарда – аорто-коронарное шунтирование (АКШ) и чрескожная транслюминальня баллонная ангиопластика (ЧТБА) в зависимости от наличия или отсутствия в анамнезе инфаркта миокарда.

Методы исследования: обследовано 30 мужчин в возрасте от 40 до 60 лет со стабильной стенокардией II-III ФК, идущих на операции реваскуляризации, и не имеющих инфаркта миокарда в анамнезе. Контрольную группу составили 25 человек соответствующих функциональных классов, но с перенесенным ранее инфарктом миокарда в анамнезе. Исследование проводилось методом трансторакальной эхокардиографии на аппарате «ACUSON-128 XP/10» с оценкой динамики фракции выброса до операции и через шесть и двенадцать месяцев соответственно.

Полученные результаты показали, что у больных исследуемой группы до операции АКШ фракция выброса составляла 55,3±18,2%. Через шесть месяцев отмечалось её достоверное уве-

личение до 66,7±22,0% (Рт-Вилкоксона <0,05). Через 12 месяцев сохранялась положительная динамика фракции выброса (59,0±19,6%) по сравнению со значением до операции (Рт-Вилкоксона<0,05). При операции ЧТБА исходное значение фракции выброса составило 51,7±17,1%, через шесть месяцев отмечалось её повышение до 60,3±19,9% (Рт-Вилкоксона<0,05), а через 12 месяцев сохранялось ее повышение (58,3±19,3%) по сравнению с исходным значением до операции (Рт-Вилкоксона<0,05).

В контрольной группе больных с инфарктом миокарда в анамнезе не отмечалось соответствующей положительной динамики, независимо от вида оперативного вмешательства. Так у больных контрольной группы при операции АКШ исходное значение фракции выброса составило 54,3±6,0%, через шесть месяцев отмечалось её недостоверное понижение до 51,3±5,7% (Рт-Вилкоксона>0,05), а через 12 месяцев значение фракции выброса составило 55,1±6,1% по сравнению с исходным значением до операции (Рт-Вилкоксона>0,05). После операции ЧТБА фракция выброса составляла 49,5±6,2%, практически не изменяясь через шесть (50,5±6,3%) и 12 месяцев (49,9±6,2%) соответственно (Рт-Вилкоксона>0,05).

Выводом можно считать то, что перенесенный инфаркт миокарда может считаться фактором, ухудшающим прогноз операции реваскуляризации с позиций оценки сократительной функции миокарда.

0912 ОЦЕНКА ВЕГЕТАТИВНОГО БАЛАНСА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ПРИ СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

Требухина О.И., Дрижд А.А., Богачева А.Н.
Карагандинская государственная медицинская академия, Караганда, Казахстан

С целью исследования вегетативного тонуса методами анализа вариабельности ритма сердца были обследованы 30 больных. Все мужчины в возрасте 40-60 лет. 1-я группа (14 человек) включала больных ИБС со стенокардией напряжения II-III ФК, в том числе 3-х с постинфарктным кардиосклерозом. 2-я группа (16 человек) - с II-III ФК стенокардии в сочетании с хроническим обструктивным бронхитом средней степени тяжести, в том числе 4-х с постинфарктным кардиосклерозом. Всем больным проводилась клиноортостатическая по стандартной методике в положении лежа, стоя и лежа по 10 мин. соответственно. Измерения проводились холтеровскими мониторами Валента и MEDIOBASE 1.54 Cardiotense-01 за 24 часа и на каждой ступени клиноортостатической пробы. Определялись триангуляционный индекс (HRVti), SDNN мс , RMSSD мс, pNN50 %, LF мс, HF мс, LF/ HF. Суточные показатели HRVti составили 7,5±1,3 и 11,3±1,6 в 1-й и во 2-й группах соответственно, SDNN – 78±45 и 80±20 мс, RMSSD - 18,8 ±6,3 60±2,0 мс (p<0,01), pNN50- 1,46±0,93 и 19±2,5% (p<0,05), LF - 174,8 ±41,1 и 141,7±38,3 мс, HF- 77±26 и 170,0±55,2 мс, LF/ HF 7,21±3,4 и 1,43±0,5 (p<0,1). Суточные значения достоверно отличались лишь в параметрах, оценивающих разницу интервалов N-N и соотношения медленных и быстрых волн. При проведении клиноортостатической пробы статистически достоверные показатели составили в первые 10 мин RMSSD – 22,3±4,2 и 62,0±7,7 мс (p<0,01), pNN50 – 1,5±0,5 и 20±5,5% (p<0,01), LF/ HF-4,5±1,1 и 1,9± 0,5 (p<0,1), во вторые 10 мин – RMSSD -18,3±10,4 и 61±7,5мс (p<0,01), pNN50 -1,8±0,6 и 21,0±6,3% (p<0,01), LF – 239,7±70,2 и 92,0±28 мс (p<0,05), в оставшиеся 10 мин при переходе из положения стоя в положение лежа - RMSSD – 21,1±6,2 и 57,4±6,3мс (p<0,05), pNN50 – 1,1±0,5 и 16,4±4,7% (p<0,05), HF – 103,1±40,0 и 226,0±32,2мс (p<0,05). Кроме того, у больных 2-й группы наблюдалась тенденция к значительному росту HF от 115,3±24,2 мс в первые 10 мин к 226±31,5мс (p<0,01) в последние 10 мин.

Полученные низкие значения вариабельности ритма сердца свидетельствуют об общем низком вегетативном тонусе у больных ишемической болезнью сердца изолированно и в сочетании с хроническим обструктивным бронхитом. У больных ИБС при сочетании с хроническим обструктивным бронхитом высокие показатели разности длительности соседних интервалов N-N (RMSSD, pNN50), более высокая мощность высокочастотные волн при поведении клиноортостатической пробы отражают повышение тонуса парасимпатической иннервации.

0913 О ВАЖНОСТИ КОНТРОЛЯ ГЛИКЕМИИ ДЛЯ КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМОЙ КОРРЕКЦИИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Тригулова Р.Х.
Республиканский специализированный центр кардиологии МЗ РУ, Ташкент, Узбекистан

Нарушения углеводного и липидного обмена являются важными факторами риска неблагоприятного исхода нестабильной стенокардии (НС). Перспективным направлением для лечения ОКС у больных с сахарным диабетом (СД) 2 типа является раннее назначение статинов в дополнение к стандартной антиишемической и сахароснижающей терапии.

Цель: оценка соотношения степени контролирования гликемии и коррекции дислипидемии статинами с 2-годичным исходом НС у больных с СД-2, получающих медикаментозную терапию.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ отдаленных (2 года) исходов НС у 29 мужчин с СД-2 и дислипидемией, у которых НС протекала благоприятно в период госпитализации и ранний послегоспитальный период (2 недели). Состояние больных (клинико-инструментальные данные, показатели липидного и углеводного обмена), исходы НС оценивались на 2 неделе, 1, 3, 6, 12 и 24 месяце наблюдения. Режим терапии: антикоагулянты, антиагреганты, нитраты, блокаторы бета-адренорецепторов, И-АПФ, аторвастатин (10 мг/сут), глибенкламид (ввиду отказа от приема инсулина). После 3 месяцев приема аторвастатина приверженность к его приему не контролировалась.

Полученные результаты. У 19 больных (1 группа) за период наблюдения не отмечалось признаков дестабилизации, у 10 - (2 группа) имело место неблагоприятное течение ИБС (у 3- фатальный ОИМ, у 1- реваскуляризация, у 6 -эпизоды дестабилизации). Анализ исходного состояния больных (1/2 группы) не выявил существенных межгрупповых различий по возрасту 52,1±9,88/57,02±6,38 лет; длительности ИБС 3,67±2,85/6,7±5,9 лет; длительности СД 3,13±2,51/3,02±3,17 лет; фракции выброса 61,8±20,08/62,04±16,3%, а также - гликемии натощак и липидного спектра. К 3-му месяцу наблюдения у больных 1 группы наблюдалась статистически достоверная коррекция липидного спектра по 4 показателям (ОХ-238,3±9,3/169,7±6,6*, ХЛПНП-162,3±6,9/98,3±8,7*, ХЛПОНП-49±8/29,1±1,7*, ТГ-245,1±38,8/150,3±9,1*), тогда как у больных 2 группы аналогичные изменения наблюдались лишь по 2 показателям (ОХ-267,8±18,9/203,4±11,8*, ХЛПНП-194,1±18,9/120,6±9*). При этом, средние величины тощаковой гликемии больных 1 группы (7,9±0,5/6,2±0,3)* были достоверно ниже чем у больных 2 группы (8,8±0,6/ 8,4±0,6). Целевой уровень гликемии был достигнут у 42% больных 1 группы , тогда как у больных 2 группы 0% случаев.

Выводы. Полученные результаты указывают на важность контроля уровня гликемии для достижения клинически значимой коррекции липидного спектра при раннем назначении умеренных фиксированных доз статинов у больных НС с СД 2 типа и дислипидемиями. Приведенные данные обосновывают целесообразность проведения более детальных и глубоких проспективных исследований соотношения степени коррекции углеводного, липидного обмена и клинических исходов у данной категории больных с исходами НС.

0914 МИКРОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНОМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННЫХ ХОРД СЕРДЦА

Трисветова Е.Л., Юдина О.А.
Белорусский государственный медицинский университет, УЗ «Городское клиническое патологоанатомическое бюро», Минск, Беларусь

Целью исследования явилось выявление микроскопических особенностей аномально расположенных хорд сердца при аутопсии.

Материал и методы исследования. Выполнено аутопсийное гистологическое исследование 91 аномально расположенной хорды (АРХ) умерших от разных причин 15-91 года.

При световой микроскопии центральная часть АРХ была представлена группами сердечных кардиомиоцитов и волнистыми фибриллами коллагена, собранными в пучки, в различных объемных отношениях. Ядро окружено эндокардом, состоящим из поверхностного слоя эндотелиальных клеток с чешуйчатым расположением, с подлежащим тонким плотным слоем эластических волокон с незначительным объемом рыхлого межуточного вещества.

По микроскопическому строению выделили АРХ мышечные (1,75%), фиброзные (14,04%) и фиброзно-мышечные (84,21%). В фиброзно-мышечных АРХ мышечный компонент преобладал над фиброзным в 31,8%, фиброзный над мышечным - в 30,8%, равнозначное соотношение компонентов отметили в 24,3% случаев. Фиброзный компонент часто встречался в поперечных АРХ правого и левого желудочков ($F=6,6$; $p=0,0006$). С увеличением возраста пациентов доля фиброзного компонента в аномальных тяжах достоверно не увеличивалась ($p>0,05$). В 75,8% АРХ определили собственные сосуды, не характерные для створочных хорд. Сосуды занимали центральное положение в АРХ, имели строение стенки артериолы или капилляра с различным диаметром. В 49,5% аномальных хорд диагонального и поперечного положения, часто левого желудочка ($F=6,2$; $p<0,01$), выявили Пуркинье – подобные кардиомиоциты. Наблюдали изменения эластических, коллагеновых волокон и мышечного компонента АРХ в виде контрактурных изменений, потери поперечной исчерченности, очагов некроза. Выраженность дегенеративных изменений волокон не зависела от топографического варианта АРХ, ее длины и толщины ($\chi^2=0,9$, $p=0,3$; $\chi^2=0,8$ $p=0,3$; $\chi^2=0,4$, $p=0,4$ соответственно), однако степень выраженности увеличивалась с увеличением возраста пациентов. В зонах прикрепления АРХ, преимущественно левого желудочка, отметили увеличение площади сосудов микроциркуляторного русла, площади склероза $0,155\pm0,017$ см^2 ($p=0,004$), не зависевшей от возраста пациентов, а также площади региональной ишемии миокарда $0,47\pm0,029$см^2, ($p<0,01$) с тенденцией к увеличению при уменьшении длины АРХ. Не оказывали влияния на площадь склероза и ишемии миокарда в зонах прикрепления АРХ наличие ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, инфекционного эндокардита, хронической ревматической болезни сердца, атеросклероза коронарных артерий.

Выводы. 1. АРХ имеют строение отличное от створочных хорд. 2. Наличие Пуркинье-подобных клеток обусловливает проведение импульсов возбуждения по АРХ. 3.Микроскопические структурные особенности АРХ, их метрические характеристики влияют на состояние участков прикрепления к миокарду.

0915 СОСУДОДВИГАТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У ЛИЦ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Трисветова Е.Л., Денещук Ю.С., Вараницкая Н.М., Ермолкевич Р.Ф.
Белорусский государственный медицинский университет, 432 ГВКМЦ, Минск, Беларусь

Целью исследования явилось изучение функции эндотелия с помощью пробы с реактивной гиперемией (РГ) у мужчин молодого возраста с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ) и заболеваниями гастродуоденальной зоны.

Материал и методы. Обследованы 130 мужчин в возрасте 18-25 лет. Основную группу (n=101) составили пациенты с НДСТ и заболеваниями гастродуоденальной зоны: гастропатиями, язвой двенадцатиперстной кишки, контрольную- 29 мужчин без признаков заболеваний внутренних органов и НДСТ. По методике D.Celermajer et al. исследовали эндотелиальную функцию на уровне плечевой артерии (ПА) с применением теста РГ и теста с нитроглицерином. Диаметр артерии оценивали в покое, после РГ на 30, 60 и 90-й сек, после приема нитроглицерина.

Результаты исследования и обсуждение. Скоростные показатели кровотока исходно в основной группе оказались на 14% меньше, чем в контрольной. Диаметр ПА при пробе с РГ увеличился в основной группе на 2,6% ($p<0,0001$). В обеих группах отметили увеличение объемного кровотока ($p<0,002$). В основной группе увеличение скорости кровотока возросло на 14% ($p<0,0001$), однако не изменилось напряжение сдвига на эндотелий ($p<0,9$). В расширении сосуда при РГ в основной группе значительную роль играл объемный кровоток. Увеличение скоростных показателей кровотока обусловлено несоответствием между конечным расширением диаметра и высоким объемным кровотоком, что сопровождалось увеличением пропускной способности сосуда. Под влиянием нитроглицерина в основной группе увеличивался диаметр и снижался тонус сосуда, увеличивался объемный кровоток ($p<0,0001$), однако без возрастания максимальной скорости кровотока, что сопровождалось уменьшением напряжения сдвига ($p<0,027$). Установлено, что у 54,6% прирост диаметра ПА составил <8,8%, у 16,9% -8,8<13%, у 28,5 % обследованных >13%. В подгруппе с приростом диаметра <8,8% выявлено увеличение объемного кровотока, диаметра сосуда и уменьшение напряжения сдвига в основной группе. В подгруппе с приростом диаметра 9-13% основной группы определялось увеличение объемного кровотока, диаметра и скоростных показателей кровотока, а в контрольной группе достоверно увеличивался только прирост диаметра сосуда. В группе с приростом диаметра >13% увеличивался объемный кровоток и диаметр без изменения напряжения сдвига на эндотелии. После приема нитроглицерина во всех трех подгруппах основной группы достоверно увеличивались объемный кровоток, диаметр ПА и уменьшалось напряжение сдвига на эндотелии. Уменьшение напряжения сдвига на эндотелии происходило в подгруппе с приростом >13% группы контроля.

Выводы. 1.У мужчин молодого возраста с НДСТ при выполнении теста РГ в 16,9% наблюдается нормальная вазодилатирующая функция эндотелия, в 54,6% - недостаточная вазодилатация, в 28,5% - избыточная вазодилатация. 2.При НДСТ чаще по сравнению со здоровыми людьми, наблюдается дисфункция эндотелия, обусловленная повышением тонуса сосудов и нарушением эндотелийзависимой вазодилатации.

0916 НЕБАКТЕРИАЛЬНЫЙ ТРОМБОТИЧЕСКИЙ ЭНДОКАРДИТ ПРИ АНТИФОСФОЛИПИДНОМ СИНДРОМЕ

Трифонова М. А.
НГМУ, Новосибирск, Россия

Целью настоящего исследования явился анализ клинико-лабораторных особенностей антифосфолипидного синдрома (АФС), сопровождающегося развитием небактериального тромботического эндокардита (НБТЭ).

Мы исследовали 28 больных АФС с НБТЭ, соотношение мужчины:женщины 1:13, средний возраст составил 44 ± 13 года, средняя длительность заболевания - $11\pm9,5$ лет. В группу сравнения были включены 26 больных АФС без НБТЭ, сопоставимые по полу и возрасту с исследуемой группой. АФС был диагностирован согласно классификационным критериям Международного общества тромбозов и гемостаза (2006). НБТЭ визуализировался с помощью трансторакальной (100% больных) и чреспищеводной (86% больных) эхокардиографии. Для статистической обработки результатов применялись t-критерий Стьюдента и логистический регрессионный анализ с оценкой индекса шансов и учетом 95% доверительного интервала (SPSS for Windows. Release 11.5.0.).

Структурные изменения клапанов (утолщение, уплотнение, склероз створок, кальциноз, вегетации) выявлялись у 100% больных и во всех случаях сочетались с клапанной дисфункцией. Вегетации локализовались на аортальном и/или митральном клапанах. По результатам мультивариантного регрессионного анализа НБТЭ был ассоциирован с поражением митрального клапана, наличием очагов фиброза в миокарде, предшествующим поражением клапанов (острая ревматическая лихорадка и врожденный порок сердца), гиперфибриногенемией и умеренно-высоким титром волчаночного антикоагулянта (ВА).

Тромбоцитарная гиперагрегация была выявлена у 54% больных, гиперкоагуляция (аутокоагуляционный тест) – у 29%. Снижение концентрации антитромбина III встречалось у 42% обследованных. Показатели спонтанного и Хагеман-зависимого фибринолиза отражали его угнетение у 72% больных. Маркеры внутрисосудистого свертывания (растворимые комплексы мономеров фибрина) определялись в 86% случаев.

У половины больных возникали системные эмболии, наиболее часто в сосуды ЦНС с развитием ишемических инсультов, транзиторных ишемических атак и мультиинфарктной деменции. Рецидивирование эмболических осложнений было достоверно ассоциировано с наличием легочной эмболии в анамнезе и числом вегетаций более трех (мультивариантная модель).

НБТЭ был первым проявлением заболевания в 50% наблюдений, и у половины больных появление вегетаций на клапанах сердца ложно трактовалось как инфекционный эндокардит.

Выводы: НБТЭ является одной из возможных локализаций тромботического процесса при АФС. Предикторами развития НБТЭ при АФС могут служить предшествующее поражение клапанов, гиперфибриногенемия и умеренно-высокий титр ВА. Нарушения системы гемостаза отражали повышение прокоагулянтной активности с активацией тромбоцитов, нарушением процесса фибринолиза и подавлением активности антитромбина III. При НБТЭ, ассоциированном с АФС, требуется проведение дифференциального диагноза с инфекционным эндокардитом.

0917 ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Тростянецкая Н.А., Быкова Е.Г., Третьякова Н.С., Болдуева С.А.
Санкт-Петербургская Государственная медицинская академия им. Мечникова И.И., Кафедра факультетской терапии с курсом интервенционной кардиологии, Санкт-Петербург, Россия

По данным эпидемиологических исследований смертность от острого инфаркта миокарда (ОИМ) в России у женщин остается выше, чем у мужчин. В связи с этим изучение особенностей течения ОИМ у женщин представляется актуальной проблемой.

Целью нашего исследования было изучение факторов риска и особенностей течения ОИМ в женской популяции в зависимости от возраста.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ историй болезни 193 женщин, находившихся в специализированном кардиологическом отделении с подтвержденным диагнозом ОИМ с 2004г по 2006г. Все пациентки были разделены на 4 возрастные группы: до 44 лет, 45- 59 лет, 60-74 лет, и старше 75 лет.

Результаты: Женщины в возрасте до 44 лет составили 2,1%, в возрасте 45-59 лет- 29%, в возрасте 60-74 лет- 58%, в возрасте старше 75 лет- 10,9%.

При анализе факторов риска, у женщин в молодом возрасте (до 44 лет) курение выявлялось в 50% случаев, АГ в 50%, СД в 25% случаев. У женщин в возрасте 45-59 лет распространенность курения составила 45%, АГ- 87%, СД- 29%. В возрасте 60-74 лет курение выявлялось в 15%, АГ - 99%, СД в 23% случаев. В старшей возрастной группе (старше 74 лет) курящих не было, выявлялась АГ в 95%, СД в 29% случаев.

Несмотря на проведение адекватной терапии, осложненное течение ОИМ имело место у 21,8% женщин. Ранняя постинфарктная стенокардия (РПС) у женщин до 44 лет развивалась в 25%, рецидив ОИМ так же в 25% случаев. У женщин 45-59 лет РПС наблюдалась у 25%, рецидив ОИМ у 9% . У женщин в возрасте 60-74 лет РПС- 19,6%, рецидив ОИМ – 6,3%. В старшей возрастной группе (старше 74 лет) РПС встречалась у 33%, рецидивов ОИМ не было.

У женщин до 44 лет Q-ИМ развивался в 1% случаев. У женщин 45-59 лет Q-ИМ развивался в 21%, в возрасте 60-74 лет - 32%. В старшей возрастной группе в 8,2%.

Заключение: наиболее часто ОИМ развивался у женщин в возрасте 60-74 лет. Из факторов риска наибольшее значение имели курение у молодых женщин, а так же СД и АГ у женщин всех возрастов. У 21,8% женщин наблюдалось осложненное течение ОИМ, причем у молодых женщин как РПС, так и рецидив ОИМ, в старшей возрастной группе наиболее частое осложнение – РПС. Q-ИМ наиболее часто встречался у женщин в возрастной группе 60-74 лет.

0918 НАРУШЕНИЕ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА И ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Трушкина И.В., Плотникова И.В., Филиппов Г.П.
НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия; ГОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет Росздрава», Томск, Россия

Цель: изучить особенности липидного спектра крови у подростков с избыточной массой тела и повышением артериального давления.

Методы: Обследовано 150 подростков в возрасте от 12 до 17 лет с индексом Кетле более 85 перцентиля для соответствующего пола и возраста и повышением артериального давления более 95 перцентиля на амбулаторном этапе. Средний возраст пациентов составил 16,3± 2,7 лет. Случаи вторичной артериальной гипертензии исключались. Группу контроля составили 20 здоровых подростков с нормальной массой тела сопоставимых по полу и возрасту с группой обследованных. На госпитальном этапе всем пациентам проведено общеклиническое обследование с обязательным проведением суточного мониторирования АД (СМАД). Забор крови для бихимических исследований проводили из локтевой вены утром, не ранее чем через 12 часов после последнего приема пищи. Липидный спектр сыворотки крови определяли ферментативным методом на автоанализаторе FP-901 («Labsystems», Финляндия) с использованием реактивов фирмы «Carmay» (Польша). Диагностическими критериями нарушения липидного спектра являлись повышение общего холестерина (ОХ) ≥5,2 ммоль/л, триглицеридов (ТГ) ≥1,1 ммоль/л, холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) ≥ 3,39 ммоль/л и холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП)< 1,17 ммоль/л для юношей и 1,3 ммоль/л для девушек.

Результаты: По данным клинико-инструментального обследования все подростки были разделены на 3 группы: В 1 группу вошли 45 пациентов с феноменом «гипертония белого халата» (ГБХ), 2-я группа была сформирована из 61 подростка с лабильной формой артериальной гипертензии (ЛАГ) и 3-я - из 44 пациентов со стабильной формой артериальной гипертензии (СтАГ).

Уровень общего ХС в крови в контрольной группе составил 3,1±0,52 ммоль/л. По мере повышения уровня АД отмечается достоверное повышение содержание общего ХС в крови - в группе ГБХ-3,96±0,82 ммоль/л, в группе с ЛАГ-4,57±0,81 ммоль/л, а в группе с СтАГ–4,83±0,89 ммоль/л ($p<0,00006$). Аналогичные изменения были выявлены при анализе уровня ХС-ЛПН (2,47±0,47 ммоль/л, 2,72±0,69 ммоль/л и 2,98±0,54 ммоль/л соответственно, $p<0,05$). Отмечено достоверное увеличение уровня ТГ по мере прогрессирования АГ. По уровню содержания ХС-ЛПВП выявлены достоверные различия только по сравнению с группой контроля. При корреляционном анализе у подростков с СтАГ выявлены прямые корреляционные взаимосвязи уровня систолического АД с уровнем ХС и ХС-ЛПНП ($r=0,54$, $p=0,03$ и $r=0,52$, $p=0,006$ соответственно) и обратные с ХС-ЛПВП ($r=-0,43$, $p=0,02$).

Выводы: У подростков с избыточной массой тела дислипидемия диагностируется у 11,1% при феномене «гипертония белого халата», у 41% при лабильной форме артериальной гипертензии и у 79,5% при стабильной форме. Дислипидемия может являться маркером развития метаболического синдрома на доклинической стадии его манифестации.

0919 КАРДИОЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ: ЗНАЧЕНИЕ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗНОЙ АКТИВНОСТИ

Тундыбаева М.К.
НИИ кардиологии и внутренних болезней, Алматы, Казахстан

Цель: изучить сывороточный уровень матриксных металлопротеиназ и определить их влияние на структурно-функциональное состояние сердца и экстрацеребральных сосудов у больных артериальной гипертонией.

Материал и методы: Обследовано 20 здоровых добровольцев (контрольная группа) и 68 больных АГ II- III степени, среднего и высокого риска (основная группа), сопоставимых по возрасту и полу. Комплексное эхокардиографическое обследование проводилось на аппарате «Vivid 3» фирмы General Electric по методике Американской ассоциации эхокардиографии (ASE). За нормальные значения индекса массы миокарда принимали менее 134г/м^2 для мужчин и менее 110г/м^2 для женщин. Ультразвуковое исследование мозговых сосудов проводили на аппарате «Vivid 3» с использованием датчиков 2,5 и 7, 5 МГц. Оценивали– пульсаторный (Pi) и резистивный (Ri) индекс на уровне внутренней сонной (ВСА) и позвоночной артерий (ПА). Измерение толщины комплекса интима-медиа (ТКИМ) общей сонной артерии проводили в зоне ее бифуркации по задней стенке. Уровень матриксной металлопротеиназы-3 (ММР-3) и тканевого ингибитора металлопротеиназы-1 (TIMP-1) в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом (оригинальными наборами фирмы «Biosource»). Статистический анализ проводили программой медико-биологической статистики «Statistika 6.0», результаты представлены, как M±m.

Результаты: Выявлено достоверное увеличение содержания активной формы TIMP-1 в сыворотке крови у больных АГ по сравнению с контрольной группой (818,4±48,6 и 626,4±20,6 пг/мл, p<0,0001), при сопоставимых значениях уровня ММР-3. Содержание TIMP-1 при АГ коррелировало с Ri ВСА (r=0,418; p=0,02), а также с ТКИМ сонных артерий (r=0,362; p=0,03). Концентрация ММР-3 обратно коррелировало с отношением Е/А (r=-0,25, p=0,04). По данным ЭХОКГ больные АГ были разделены на 2 подгруппы: 1- пациенты АГ без гипертрофии ЛЖ (ГЛЖ) и 2- больные АГ с ГЛЖ, при анализе структурно-функционального состояния церебральных сосудов выявлено достоверно большее значение ТКИМ у пациентов с ГЛЖ, соответственно 1,08±0,05 и 0, 91±0,03, p<0,01. При анализе сывороточного содержания матриксных металлопротеиназ в подгруппах больных АГ, выявлено достоверное повышение концентрации TIMP-1 у пациентов с ГЛЖ по сравнению с данными 1 подгруппы, уровень ММР-3 был сопоставим в обеих подгруппах.

Выводы: нарушение металлопротеиназной активности у больных с артериальной гипертонией связано со структурно-функциональными изменениями сердца и церебральных сосудов, что позволяет использовать указанные факторы в качестве прогностических факторов.

0920 ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО РИСКА НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ И ГИПОЛИПИДЕМИЧЕКОЙ ТЕРАПИИ

Тундыбаева М.К., Джунусбекова Г.А.
Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней, Алматы, Казахстан

Цель: оценить влияние фиксированной низкодозовой комбинации лозартана /гидрохлортиазида (Лозап плюс, «Zentiva a.s.» Словения) и аторвастатина (торвакард, «Zentiva a.s.» Словения) на гемостазиологические показатели у больных артериальной гипертонией, перенесших ишемический инсульт, фиксированной низкодозовой комбинацией периндоприла (2 мг)/индапамида (0,625 мг)

Материал и методы: Обследовано 32 пациента обоего пола АГ II- III степени (средний возраст 56,8±4,5г) высокого риска (по классификации ВОЗ/МОАГ, 1999г), перенесшие ишемический инсульт. Оценивались показатели сосудисто-тромбоцитарного звена: фактор Виллебранда в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом с помощью набора von Willebrand Factor Activity Kit фирмы Axis-Shield Diagnostics Ltd (Шотландия), оценка спонтанной агрегации тромбоцитов (отн/ед), индуцированная агрегация тромбоцитов (%) турбодиметрическим методом G. Born с использованием индукторов АДФ в концентрации 5 мкмоль/л, адреналина в концентрации 2 мкмоль/л. Для анализа плазменно-коагуляционного и фибринолитического факторов гемостаза определяли: фибриноген, фибринолитическую активность по методу Кузника Б.Н., растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК). Исследование проводилось до и через 3 месяца терапии фиксированной низкодозовой комбинацией лозартана (50 мг) /гидрохлортиазида (12,5 мг) и аторвастатина – 20-40 мг.

Результаты: через 3 месяца у 92,5% пациентов достигнут целевой уровень артериального давления. Установлено значимое снижение адреналин индуцированной агрегации тромбоцитов (на 15%, p<0,05) и фактора Виллебранда (на 12,8%, p<0,05), на фоне достоверного уменьшения уровня фибриногена (но 10,62%, p<0,05) наблюдалось повышение фибринолитической активности (на 18,6%, p < 0,001).

Выводы: комбинированная терапия лозартаном, гидрохлортиазидом и симвастатином наряду с выраженным антигипертензивным эффектом, положительно влияет на различные звенья гемостаза, что позволяет использовать данную комбинацию в целях вторичной профилактики сердечно-сосудистых катастроф у больных артериальной гипертонией высокого риска.

0921 ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЭМБОЛИЙ И ТРОМБОЗОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ И ПУТИ ИХ СНИЖЕНИЯ

Тюрин В.П.
ФГУ НМХЦ им. Н.И. Пирогова Росздрава, Москва, Россия

Цель. На частоту развития тромбозов и эмболий оказывают влияние много факторов. Разным сочетанием этих факторов риска и объясняется большая или меньшая частота реализации имеющейся предрасположенности в виде возникновения тромбоэмболических осложнений. Уточнению этих факторов риска посвящено исследование.

Методы исследования. Проведен анализ факторов оказывающих влияние на частоту развития эмболий и тромбозов у 273 наблюдавшихся нами больных ИЭ.

Полученные результаты. Развитие эмболий и тромбозов диагностировали у 41% больных ИЭ. Основной причиной тромбоэмболических осложнений являлась эмболия артерии фрагментированными частицами вегетаций. Роль местного тромбоза вследствие иммунного воспаления в местах отложения иммунных комплексов в сосудистой стенке не столь значительна. В пользу этого свидетельствует отсутствие инфарктов селезенки при ИЭ правых камер сердца. Третьей причиной развития тромбозов и эмболий является нарушение микроциркуляции в сосудах при ДВС-синдроме. Многоочаговость поражения головного мозга (от 5 до 15 очагов), наблюдавшаяся нами, свойственна ДВС-синдрому, чаще при стафилококковой этиологии заболевания.

Частота развития эмболических событий существенно отличалась в зависимости от этиологии. Наименьшая частота эмболических событий была при ИЭ, вызванном зеленящим стрептококком (35,7%) и прочими стрептококками (46,7%). Наибольшая – при ИЭ, вызванном золотистым стафилококком (75%), в

меньшей степени при эпидермальном стафилококке (42,9%). Энтерококковый эндокардит занимал промежуточное положение (50%).

Частота тромбоэмболических осложнений связана с локализацией клапанного поражения. В нашем наблюдении изолированное поражение аортального клапана наблюдали чаще, чем митрального (48,3% и 22,7% соответственно). Однако, при кажущейся большей частоте эмболий при поражении аортального клапана истинная частота тромбоэмболических осложнений статистически достоверно чаще была у пациентов с изолированным поражением митрального клапана (58,1%, у 36 из 62 больных, p<0,001), чем при изолированном поражении аортального клапана (28,8%, у 38 из 132). Причиной высокой частоты эмболий при поражении митрального клапана, особенно ее передней створки, является вдвое большая экскурсия этой створки во время сокращения сердца. Другой причиной, по-видимому, является рыхлая структура вегетаций на митральном клапане вследствие малой линейной скорости кровотока. Но еще чаще наблюдали развитие эмболических осложнений при поражении трикуспидального клапана (75%, у 15 из 20 больных, p<0,05).

Мы наблюдали большую частоту развития эмболических осложнений у больных с ИЭ протезированного клапана (45% из 12 больных) по сравнению с больными ИЭ естественного клапана (40,8%), но это различие не было достоверным.

Выводы. Факторами риска развития тромбоэмболических осложнений являются этиология заболевания, локализация инфекционного очага на клапанах сердца, ИЭ протезированного клапана наряду с размерами вегетаций.

0922 УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ

Тюрин В.П., Сидоренко Л.С.*
ФГУ НМХЦ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия; ГВКГ им. Н.Н. Бурденко*, Москва, Россия

Цель. Диагностика инфекционного эндокардита (ИЭ), особенно с неустановленным возбудителем представляет серьезные трудности. Ряд авторов в усовершенствованные диагностические критерии ИЭ ввели увеличение селезенки. Целью нашего исследования было уточнение частоты выявления спленомегалии и инфарктов, являющихся малыми диагностическими критериями ИЭ.

Методы исследования. Ультразвуковое исследование (УЗИ) селезенки выполнили у 166 больных ИЭ в период с 1990 по 2004гг на ультразвуковых системах: «ALOKA – 630», «TOSHIBA – 140A», «ULTRAMARK – 9», «HDI – 3500», «HDI – 5000» методом ультразвукового сканирования конвексным датчиком частотой 3,5 МГц с использованием цветового и энергетического допплеровского картирования.

Полученные результаты. Увеличение размеров селезенки более 12x5 см выявлено у 66,3% из 166 больных. В группе умерших пациентов ее увеличение наблюдали в 75,7% из 33 больных, чаще, чем в группе выживших пациентов (63,9%, p<0,05). Мы не установили прогностического значения увеличения размеров селезенки на исход заболевания: частота летальных исходов в группах больных с нормальными размерами и со спленомегалией достоверно не различалась (21,4% и 19,0% соответственно, p>0,05). В процессе успешной антибактериальной терапии размеры селезенки уменьшались. Среди 110 пациентов со спленомегалией в начале заболевания к концу лечения размеры селезенки нормализовались у 52,7%, уменьшились в размерах, но не достигли нормальных величин у 40%, остались прежними или увеличились – у 7,3% пациентов. Летальность в этих же группах пациентов была 19%, 13,6; и 87,5% соответственно (p=0,001).

Инфаркты селезенки диагностированы у 16,9% больных. В группе умерших пациентов инфаркты селезенки установлены достоверно чаще, чем в группе выживших пациентов (33,3% и 12,8% соответственно, p<0,03). Они достоверно чаще располагались в нижнем сегменте селезенки (p<0,007). У больных первичным ИЭ инфаркты селезенки достоверно чаще развивались (21%), чем при вторичном эндокардите естественного клапана (8,8%, p<0,001).

Абсцесс селезенки при УЗИ был установлен у 1,2% больных. Мы диагностировали формирование абсцесса по увеличению размеров ранее выявленного инфаркта селезенки и появлению или увеличению жидкостного компонента в этом образовании. Возбудителями заболевания в этих случаях были S. aureus и S. viridans. Оба пациента были успешно прооперированы до операции протезирования клапана. Эффективность УЗИ в диагностике инфарктов и абсцессов селезенки, по нашим данным, сопоставима с результатами КТ.

Выводы. Ультразвуковое исследование селезенки является высокоинформативным скрининговым методом обследования больных при подозрении на ИЭ с целью выявления спленомегалии, инфарктов и абсцессов ее, а также динамического наблюдения за выявленными изменениями и оценки эффективности проводимой терапии. Увеличение размеров селезенки в процессе лечения является прогностически неблагоприятным признаком. УЗ диагностика абсцесса селезенки являлась основанием для проведения хирургического лечения.

0923 РЕЗУЛЬТАТЫ ОТДАЛЕННОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМ КАВА-ФИЛЬТРОМ ПО ПОВОДУ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Тюрин В.П., Сухорукова И.И., Харпунов В.Ф. Кузнеченков А.А., Китаев В.М.
ФГУ "НМХЦ им. Н.И. Пирогова Росздрава", Москва, Россия

Цель. Последнее десятилетие изменилось отношение к постановке кава-фильтра больным тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА), сузились и стали более жесткими показания к его имплантации. Одной из причин такой эволюции взглядов явилось развитие тромбоза кава-фильтра, который из метода профилактики становился источником дальнейшего рецидивирования ТЭЛА. Целью работы было изучить частоту тромбоза имплантированного в нижнюю полую вену кава-фильтра у больных с массивной и субмассивной ТЭЛА в госпитальном и отделенном периодах.

Методы исследования. С 2004 по декабрь 2007 г. наблюдали 169 больных ТЭЛА. Диагноз подтвержден у 130 пациентов данными спиральной компьютертомографической ангиографии, у остальных-перфузионной сцинтиграцией легких, контрастной ангиопумонографии. 74 (42%) больным с массивной и субмассивной ТЭЛА был имплантирован кава-фильтр в нижнюю полую вену в инфраренальный отдел в связи с рецидивированием эмболий и проведением тромболитической терапии. Постоянный (TrapEase) кава-фильтр установлен 66, временный (Tulip, OptEase)- 8 пациентам. Массивная ТЭЛА была у 26, субмассивная – у 48 больных. Тромболитическая терапия стрептокиназой, проурокиназой и актилизе проведена 27 больным. Мужчин было 41, женщин- 33. Возраст больных колебался от 27 до 79 лет, средний возраст составил 58,7 лет. Длительность наблюдения после выписки из стационара колебалась от 3 до 47 месяцев, в среднем 21,7 месяца.

Полученные результаты. Тромбоз кава-фильтра установлен у 10 (13,5%) пациентов. Окклюзирущий тромбоз нижней полой вены ниже кава-фильтра с развитием двустороннего илеофеморального тромбоза диагностирован у 8, частичный тромбоз протеза и пристеночный тромбоз нижней полой вены с сохранением кровотока по ней - у 2 больных. Чаще тромбоз кава-фильтра наступал в ближайший период после его постановки еще во время пребывания в стационаре. Причинами, благоприятствующими развитию тромбоза, были сердечная недостаточность III-IY ФК NYHA, тяжесть состояния пациентов, постельный режим. У некоторых пациентов выявляли гипергомоцистеинемию. В одном случае развилась массивная ТЭЛА из тромбированного кава-фильтра. Одному пациенту с диагностированным тромбозом кава-фильтра и нижней полой вены был проведен 3-х суточный тромболизис проурокиназой в дозе 32 млн. ед. до появления кровотока в нижней полой вене. Временный кава-фильтр удаляли на 4-й неделе после постановки. В отдаленном периоде диагностировали один случай развития тромбоза кава-фильтра у онкологической больной. Во время госпитализации умерло 7 пациентов

(9,4%), в том числе 4 с тромбозом кава-фильтра, подтвержденым на аутопсии.

Выводы. Тромбоз кава-фильтра развился у 13,5% больных с массивной и субмассивной ТЭЛА вскоре после его имплантации на фоне антикоагулянтной терапии. Это обстоятельство позволяло предполагать тромбофилию, подтвержденную у части из них по выявлению гипергомоцистеинемии.

0924 СМЕРТНОСТЬ МУЖЧИН С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА (эпидемиологическое исследование)

Умаров Р.Т., Джамалова Р.А., Сафаева Л.Ш.
Республиканский специализированный центр кардиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить смертность мужчин с различными формами ишемической болезни сердца (ИБС) по результатам 25-летнего проспективного исследования.

Методы исследования. В работе использованы стандартизованные методы обследования и унифицированные критерии оценки результатов, принятые в эпидемиологических исследованиях. Определенная ИБС включала: перенесенный инфаркт миокарда (ИМ) – классы Миннесотского кода (МК) 1-1-1 - 1-2-7 или документированный ИМ; стенокардию напряжения (СН) (по положительному алгоритму опросника ВОЗ для выявления СН); безболевую ИБС (классы МК– 4-1,2; 5-1,2 без 3-1,3). Возможная ИБС включала следующие классы МК: 1-2-8; 1-3; 4-3; 5-3; 4-1,2, 5-1,2 с 3-1,3; 6-1; 7-1; 8-3.

Результаты исследования. Среди 2402 мужчин 40-59 лет на старте исследования, в течение 25 лет умерли от различных причин 786 человек, в т.ч. от ИБС – 381. Среди умерших от всех причин у 129, при первичном обследовании, в возрасте 40-59 лет были выявлены различные, по эпидемиологическим критериям, формы ИБС: у 86 – определенная ИБС, у 43- возможная.

Смертность от ИБС среди всех обследованных составила 48,5%, в т.ч. от острого ИМ (ОИМ) – 36,8%.

Среди лиц с перенесенным ИМ смертность от ИБС составила 66,7%, у мужчин со стенокардией напряжения в анамнезе, смертность от ИБС составила 71,4%.

Среди мужчин с безболевой формой ИБС в анамнезе, смертность от ИБС составила 53,3%.

Таким образом, среди мужчин 40-59 лет на старте, с определенной ИБС в анамнезе, за период проспективного наблюдения, смертность от ИБС, составила 67,4%; смертность от ОИМ составила - 47,7%.

Среди мужчин с возможной ИБС в анамнезе, смертность от ИБС, за период наблюдения составила 51,2%.

Таким образом, среди мужчин с различными формами ИБС в анамнезе, смертность от ИБС достоверно (p=0,0001) превышала популяционную смертность от ИБС – 62,02% и 48,5% соответственно. Смертность от ОИМ среди этой же категории мужчин также достоверно превышала популяционную смертность от ОИМ (p=0,0001): 41,09% и 36,8% соответственно.

Выводы. Смертность от ИБС мужчин 40-59 лет на старте исследования, с наличием в анамнезе различных, по эпидемиологическим критериям форм ИБС, превышала популяционную смертность от ИБС и ОИМ в 1,3 и 1,2 раза. Таким образом, вышеуказанная группа мужчин представляет собой группу повышенного риска в отношении смертности от ИБС, в т.ч. ОИМ.

0925 ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИНАМИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ (ПЛАЦЕБО-КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Умникова М.В., Черемхин К.Ю., Бадтиева В.А, Архипов М.В., Власов А.А.
Уральская медицинская академия, Екатеринбург, Россия

Цель исследования. Проведено плацебо-контролируемое рандомизированное исследование с целью оценить эффективность применения динамической электронейростимуляции в комплексном лечении гипертонической болезни

Материал и методы: 60 больных гипертонической болезнью I–II стадии были разделены на две рандомизированные группы, сопоставимые по возрасту, полу, длительности заболевания. Все пациенты получали одинакувую базисную терапию. В I группе - дополнительно в течении 10 дней проводилось воздействие аппаратом ДиаДЭНС-Кардио 1 раз в сутки. Динамическая электронейростимуляция - это чрескожная электронейростимуляция, заключающаяся в воздействии на рефлексогенные зоны и акупунктурные точки импульсами электрического тока, форма которых меняется в зависимости от значений полного электрического сопротивления (импеданса) поверхности кожи в подэлектродном участке. Во II группе - плацебо-воздействие. Всем пациентом было проведено общеклиническое исследование, суточное мониторирование АД и ЭКГ, а так же оценка качества жизни по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и опроснику SF 36.

Результаты. Отмечено достоверное снижение головной боли по 100 мм. визуальной аналоговой шкале с 4,35±0,36 до 1,95±0,36, p<0,001 у больных I группы. Во II группе снижение интенсивности головной боли по ВАШ было недостоверным (с 3,9±0,24 до 3,3±0,24,p>0,1).

После курса ДЭНС-воздействия зарегистрировано достоверное снижение среднесуточного систолического артериального давления (САД) (p<0,05), а также средних значений САД за день с 151,51±2,55 до 131,76±2,2 мм рт.ст., (p<0,01) и за ночь с 132,2±3,6 до 119,8±3,8 мм рт.ст., (p<0,05). Показано достоверное снижение времени гипертензии за сутки: индекс времени гипертензии (ИВГ) САД снизился с 42,2±3,4% до 27,2±2,1% (p<0,01), ИВГ ДАД (диастолическое артериальное давление) уменьшился с 41,5±2,2% до 29,7±4,3% (p<0,05).

При анализе показателя вариабельности АД выявлено, что ДЭНС-воздействие оказывает нормализующее влияние на вариабельность САД и ДАД в дневное и ночное время. Вариабельность САД днем снизилась с 19,9±2,0 мм рт.ст. до 13,0±1,5 мм рт.ст., (p<0,05), ночью с 23,6±2,2 мм рт.ст. до 14,6±2,1 мм рт.ст., (p>0,05), ДАД днем снизилась с 16,6±1,6 мм рт.ст. до 12,8±1,2 мм рт.ст., (p<0,05), ночью – с 15,7±1,2 мм рт.ст. до 11,2±1,7 мм рт.ст., (p<0,05).

В отношении среднесуточных показателей вариабельности АД достоверные данные получены только в отношении САД - снижение вариабельности с 23,2±1,9 до 14,4±3,2 мм рт.ст., (p<0,05).

Таким образом, полученные данные позволяют рассматривать ДЭНС как адекватный метод повышения эффективности лечения больных гипертонической болезнью I–II стадии, который позволяет стабилизировать течение болезни и в ряде случаев снизить фармакологическую нагрузку.

0926 ПРОБЛЕМА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Усков В.М., Болдинов И.А., Дмитриенко С.В., Усков М.В.
Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия; Воронежский государственный технический университет, Воронеж, Россия

Инфаркт миокарда является заболеванием, которое может закончиться практически полным выздоровлением без какой-либо медицинской помощи, и наоборот, привести к смерти, несмотря на все усилия врачей. Однако между этими крайностями находится многочисленная группа больных, судьба которых во многом зависит от своевременного и квалифицированного медицинского вмешательства.

Проблема обезболивания - одна из важнейших при лечении инфаркта миокарда и конечный результат лечения во многом зависит от эффективности анальгезии.

Главной задачей обезболивания является смягчение стрессорной реакции, что способствует уменьшению числа осложнений и более благоприятному течению заболевания. В настоящее

время в арсенале врача нет идеального обезболивающего средства. Большим достижением в обезболивании стала эпидуральная анальгезия местными анестетиками. Физиологическим обоснованием которого, служит фармакологическое пересечение путей боли.

При эпидуральной блокаде местными анестетиками развивается блокада передних и задних корешков спинного мозга. Введение в эпидуральное пространство минимальных доз наркотических анальгетиков вызывает длительную и избирательную блокаду болевой импульсации. При эпидуральн ом введении значительно облегчается проникновение препарата в спинномозговую жидкость и непосредственно в ЦНС.

Между дозой наркотических анальгетиков, обеспечивающей достижение анальгезии, и концентрацией, необходимой для присоединения к рецепторам, существует высокая корреляционная связь. При эпидуральной блокаде наркотическими анальгетиками у больных инфарктом миокарда происходит нормализация показателей гемодинамики и внешнего дыхания, снижение количества катехоламинов, увеличение почасового диуреза и улучшение ЭКГ в динамике.

Таким образом, эпидуральная блокада наркотическими анальгетиками в грудном отделе позволяет значительно улучшить качество обезболивания и увеличить его продолжительность при купировании болевого синдрома.

0927 ЭПИДУРАЛЬНАЯ БЛОКАДА ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Усков В.М., Болдинов И.А., Дмитриенко С.В., Усков М.В.
Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Оперативные вмешательства у больных ИБС характеризуются высоким риском осложнений. Судьба пациента во многом зависит от правильности избранной тактики ведения больного во время и после операции. Одним из существенных моментов обезболивания является изменение не только ощущение боли, но и направленная фармакологическая коррекция вегетативных сдвигов, сопровождающих ноцицепцию.

Практически все общие анестетики обладают выраженным кардио-депрессивным действием. В том числе закись азота, которая является почти обязательной частью любого варианта наркоза, вызывает сужение эпикардиальных коронарных артерий, что усугубляет повреждение сердечной мышцы с последующим уменьшением насосной функции сердца.

Включение эпидуральной блокады в схему анестезии у больных ИБС способно значительно снизить риск развития инфаркта миокарда в периоперационном периоде. Большинство общих анестетиков крайне негативно воздействуют на основные функции миокарда у больных ИБС, в то время как фармакологическая денервация сердца и его десимпатизация в физиологических пределах оказывает благотворное влияние. Эпидуральная анестезия местными анестетиками на уровне способна в определенной степени увеличивать диаметр стенозированных коронарных артерий, не влияя при этом на их нестенозированные сегменты и не вызывая вазодилатации мелких коронарных сосудов.

Эпидуральная анестезия полностью соответствует концепции предупредительной анальгезии. Основная суть данной концепции - предварительно защитить пациента от боли, не дать ему ощутить боль ни на одном этапе лечения. Забота о послеоперационном обезболивании должна начинаться перед операцией с проведения регионарной анестезии. Специальные исследования показали, что предварительная регионарная анестезия снижает послеоперационную боль при оперативных вмешательствах, выполненных под наркозом. Включение эпидуральной анестезии в схему анестезии у больных с сопутствующей ИБС при оперативных вмешательствах, способно значительно снизить риск осложнений и улучшить течение послеоперационного периода.

К сожалению, клинический опыт показывает, что обычно используемая методика эпдуральной анестезии имеет ряд недостатков. Основным фактором, ограничивающим применение эпидуральной анестезии у больных с тяжелой сопутствующей патологией, является гиподинамия сердечно-сосудистой системы, вызванная перерывом симпатической иннервации. Это сопровождается развитием дилатации артерий и артериол, потерей венозного тонуса, венозным застоем с последующим уменьшением венозного возврата к сердцу и снижением артериального давления.

В дальнейшем в процессе совершенствования методик эпидуральной анестезии были разработаны способы уменьшения отрицательного влияния эпидурального блока на центральную гемодинамику.

0928 МАТЕМАТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ В ОЦЕНКЕ ЛЕЧЕБНЫХ МЕТОДИК ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Усков М.В., Усков В.М., Звягинцева А.В.
Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия; Воронежский государственный технический университет, Воронеж, Россия

Инфаркт миокарда отличается многообразием клинических проявлений, большим количеством осложнений, и особенно таких, как разрыв миокарда, формирование острой аневризмы сердца, нарушения ритма. Острый коронарный синдром является заболеванием, при котором происходят глубокие сдвиги в гемодинамике, деятельности вегетативного отдела нервной системы, в развитии восстановительных реакций и др. При инфаркте миокарда происходят существенные изменения клинического статуса пациента. Вот почему при сравнительном изучении влияния различных лекарственных препаратов на течение болезни необходимо проведение системного анализа показателей, характеризующих процесс лечения.

Инфаркт миокарда как тяжелая стрессовая ситуация сопровождается напряжением регуляторных систем организма. В литературе описано усиление скоррелированности физиологических параметров в ходе процесса адаптации при ухудшении условий среды или при ухудшении состояния организма, при этом определенный интерес представляют особенности группировки характеристик патологического процесса. Включенные в данное исследование физиологические параметры рассматривались в рамках естественных групп:

Целью исследования являлся сравнительный анализ результатов четырех терапевтических тактик.

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. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 5.11.

Для каждой из групп в каждый из указанных выше дней госпитализации были найдены средние значения первой и второй главных компонент. Это позволило для каждой группы 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.

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.

Таким образом, по прошествии года после начала заболевания наиболее значительные различия между группами, получавшими базисную терапию и комплексную терапию, наблюдаемые по направлению первой главной компоненты – это различия в сократительной способности миокарда и в центральной гемодинамике.

0929 ОСОБЕННОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИСХОДОВ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Усков М.В., Усков В.М., Звягинцева А.В.
Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия; Воронежский государственный технический университет, Воронеж, Россия

Разработка систем прогнозирования, алгоритмизации и моделирования исходов острого коронарного синдрома является целью настоящей работы.

Медицинские информационные системы представляют собой комплекс программ и алгоритмов, подготавливающих и обеспечивающих процесс принятия решений в медицине.

В медицине и биологии имеется большое количество задач, в которых невозможно учесть все имеющиеся условия, от которых зависит ответ на поставленную задачу; иногда можно только выделить приблизительный набор наиболее важных условий. Поскольку часть условий при выдаче ответа не учитывается, ответ часто носит неточный характер, а алгоритм его нахождения не может быть чётко сформулирован.

К числу подобных задач относится и задача выбора оптимальной тактики программирования и моделирования осложнений инфаркта миокарда. Поэтому ведущее место в данном классе методов по праву принадлежит математическим моделям. Их применение в медицине перспективно, так как математические методы позволяют интегрировать все факторы, влияющие на возникновение заболевания и его исходы. Одним из сложных вопросов, решаемых врачами, является правильное проведение диагностических, лечебных мероприятий, определение исхода заболеваний.

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. 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. Проведённые исследования показали, что добиться высокой точности прогноза позволяет ещё не получивший широкого распространения в медицине метод моделирования – с использованием искусственных нейронных сетей, который хорошо подходит для распознавания образов и решения задач классификации, оптимизации и прогнозирования.

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 трансмурального инфаркта миокарда используется полносвязная многослойная нейронная сеть.

Таким образом, реализация предложенных методов и алгоритмов в клинической практике позволяет в значительной степени повысить точность и эффективность диагностики и прогнозирования течения острого инфаркта миокарда, а также сократить время выбора лечебных мероприятий.

0930 ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТА

Усков В.В., Усков М.В., Усков В.М., Звягинцева А.В.
Воронежский государственный технический университет, Воронеж, Россия

Сердце является хорошо запрограммированной саморегулируемой системой. Одним из актуальных вопросов электрофизиологии сердца является изучение механизмов возникновения сердечных аритмий.

Целью работы являлось изучение влияния гипербарической оксигенации (ГБО), как мощного регуляторного фактора внутриклеточных функционально-метаболических систем.

Опыты проводились на белых беспородных крысах обоего пола массой 200-250 грамм. Животные были разделены на 3 серии: первая – контрольная; вторая – животные с экспериментальной сердечной аритмией; третья – животные с нарушением сердечного ритма, у которых для лечения применялась гипербарическая оксигенация. Нарушение ритма сердца вызывали внутривенным введением алкалоида аконитина. Опытных крыс (3 серия) подвергали действию медицинского кислорода в барокамере в течение 60 минут при повышенном давлении в 3 ата.

Введение аконитина у 100 % опытных животных вызывало нарушение сердечного ритма по типу изменений функций возбудимости, которая проявлялась в возникновении в 94 % случаев желудочковых экстрасистолий. В 6 % случаев возникала мерцательная аритмия. Оксигенированные крысы были разделены на две группы: 1) животные с ярко выраженным положительным результатом действия ГБО; 2) животные, у которых не было положительного эффекта от действия ГБО (со сложными видами экстрасистолий).

Эффект действия гипербарического кислорода не может быть однозначным, так как в процесс вовлечено несколько регуляторных механизмов. С одной стороны, он уменьшает быстро входящий натриевый ток, являясь специфическим блокатором быстрых натриевых каналов. С другой - способствует улучшению функций сократимости миокарда. В условиях множественных очагов эктопического возбуждения, кислород не в состоянии вызвать положительный эффект, так как изменяется способность клетки эффективно его использовать.

Таким образом, экспериментальная аконитиновая модель нарушения ритма сердечной деятельности являлась наиболее приближенной формой расстройства сердечной деятельности у человека.

0931 ВЛИЯНИЕ ГЕЛИОМАГНИТНЫХ КОЛЕБАНИЙ НА РАЗВИТИЕ И ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Усков В.В., Усков М.В., Усков В.М., Звягинцева А.В., Маркова Е.В., Медведев М.Ф
Воронежский государственный технический университет, Воронеж, Россия; Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

В настоящее время во всём мире отмечается повышенный интерес к изучению ритмических процессов в организме. Многие патологические процессы в организме сопровождаются нарушением временной организации физиологических функций.

Проблемы адаптации, нормы и гомеостаза необходимо рассматривать с учётом циклического течения процессов жизнедеятельности. Рассогласование ритмов является одной из причин развития выраженных патологических изменений в организме. Многочисленными исследованиями доказана связь сердечно-сосудистых катастроф с гелиофизическими процессами.

Целью исследования явилось изучение влияния суточных ритмов на течение сердечно-сосудистых заболеваний.

Было выявлено, что сердечные приступы случаются между девятью и десятью часами утра, а так же, но уже в три раза реже – между одиннадцатью и двенадцатью часами вечера. Наибольшее количество смертей от сердечного приступа, повышенного давления или инсульта произошло в восемь часов утра. Аналогичная статистика сохраняется и для приступов, не имеющих летального исхода.

Утром увеличивается вероятность и некоторых других сердечно-сосудистых заболеваний. Люди, страдающие стенокардией, чаще всего испытывают боль в груди по утрам. Приступы ишемии бывали больше тоже в первые два часа после пробуждения. Они могут и не иметь выраженной симптоматики, но хорошо видны на записи активности сердечной мышцы, проводимые с помощью холтеровского мониторирования. Даже в отделениях

интенсивной терапии частота сердечно-сосудистых приступов утром увеличивается.

Таким образом, десинхронизация суточных ритмов, наиболее выраженная в утренние часы, является одной из причин роста сердечно-сосудистых катастроф именно в это время.

0932 ИЗБЫТОЧНОЕ ПИТАНИЕ, КАК ФАКТОР РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Усков В.В., Усков М.В., Усков В.М., Звягинцева А.В., Маркова Е.В.
Воронежский государственный технический университет, Воронеж, Россия; Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Избыточная масса тела 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.

Повышенное питание сопровождается различными нарушениями структуры и функции сердца. Происходит постепенное увеличение объёма циркулирующей крови и увеличение сердечного выброса, повышается показатель работы сердца по сравнению с расчётной величиной для идеальной массы тела. Это приводит к возрастанию потребности ткани в кислороде. Отмечается возрастание конечного диастолического давления в левом и в правом желудочках. Артериальная гипертензия и ожирение потенцируют друг друга в отношении неблагоприятного влияния на сердце, поскольку приводят к одновременному повышению постнагрузки и преднагрузки. Нарастает дилатация левого желудочка. Расширение полости левого желудочка приводит к увеличению напряжения его стенок. В результате развивается вторичная, или “эксцентрическая” гипертрофия миокарда. Данный адаптационный механизм представляет собой попытку нормализовать напряжение стенки левого желудочка. Однако если оно длительное время остаётся повышенным, развивается систолическая дисфункция левого желудочка. В результате формируется смешанная форма гипертрофии миокарда.

Уровень постнагрузки на сердце определяется не только величиной артериального давления, но и вязкостью крови. Совокупность этих изменений приводит к нарушениям её реологических свойств, что дополнительно увеличивает нагрузку давлением на сердце. Сердечный выброс возрастает, увеличивается частота сердцебиений, что отражает повышенный тонус симпатической нервной системы. То есть сердце у больного с ожирением вынуждено справляться с целым рядом дезадаптивных механизмов. Возникающие при этом структурные изменения в миокарде имеют неблагоприятные последствия для всего организма.

Таким образом, ожирение сопровождается целым рядом неблагоприятных изменений структуры и функции сердца. У больных с избыточной массой тела данные изменения могут предрасполагать к развитию хронической сердечной недостаточности. Ожирение сочетается с факторами сердечно-сосудистого риска и, кроме того, является независимым фактором риска развития коронарного атеросклероза.

0933 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТАТИСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ КОНТРОЛЯ ЗА СОСТОЯНИЕМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Усков В.М., Усков В.В., Усков М.В., Звягинцева А.В., Маркова Е.В.
Воронежский государственный технический университет, Воронеж, Россия; Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Артериальная гипертония относится к часто встречающемуся сердечно-сосудистому заболеванию. Мониторирование артериального давления позволяет наиболее адекватно оценить его вариабельность.

Целью работы явилось возможность доказать эффективность проводимого лечения больных артериальной гипертонией с применением метода контрольных карт.

С позиций системного анализа, пациент представляет собой авторегулирующуюся систему, которая находится под постоянным воздействием множества внутренних и внешних факторов, характеризующих состояние больного, в том числе и величину артериального давления.

При наличии причин, вызывающих гипертоническую болезнь, можно говорить о специфических вариациях артериального давления, переводящих пациента в новое устойчивое состояние с повышенным артериальным давлением. Если действие специфической вариации, способствующей снижению величин артериального давления при лечении, превосходит случайные вариации, то можно говорить об успешности лечения.

Записи величин артериального давления могут интерпретироваться с использованием методов графического анализа и/или методами статистического контроля.

Контрольные карты позволяют отделить кратковременные отклонения от важных системных изменений, выяснить, где необходимы улучшения, и дать возможность установить цели положительных результатов на основе полученных статистически значимых результатов, а не случайных краткосрочных. Подобное использование методов статистики создает обратную связь, позволяя пациенту достичь улучшения состояния.

Результаты измерений являются непрерывными, случайными величинами с неизвестным законом распределения. Основное предположение в данном случае состоит в том, что наблюдения независимы и одинаково распределены, если отсутствуют специфические воздействия на организм пациента.

В общем случае математическая модель экспериментальных данных описывается двумя матрицами – матрицей средних (математических ожиданий) величин давления и матрицей дисперсий-ковариаций.

Таким образом, применение методов статистического контроля в мониторинге артериального давления у больных гипертонической болезнью позволяют дать объективную картину индивидуального подбора гипотензивной терапии.

0934 КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЭНАЛАПРИЛА И ЛОЗОРТАНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Ушкалов А.В., Михин В.П., Шарова В.В., Веденьева В.В., Харченко А.В.
ГОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет», Курск, Россия

Цель. Произвести сравнительную оценку влияния эналаприла и лозартана на суточный профиль артериального давления и показатели функции внешнего дыхания у больных артериальной гипертонией в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 24 больных (17 мужчин и 7 женщин) артериальной гипертонией II степени с сопутствующим хроническим обструктивным бронхитом в фазе ремиссии в возрасте 40-59 лет. Пациенты 1 группы (14 человек) в течение 8 недель принимали эналаприл в дозе 5-20мг в сутки, пациенты 2 группы (10 человек) – лозартан в дозе 12,5-50мг в сутки с учетом площади тела. 1 и 2 группа были сопоставимы по возрасту, полу и тяжести артериальной гипертонии. Все больные получали базисную терапию хронической обструктивной болезни легких, остававшуюся неизменной на всем протяжении исследования. До и после лечения проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД) при помощи аппарата АВРМ-02 «Meditech» (Венгрия) и оценивались показатели функции внешнего дыхания (ФВД).

Результаты исследования. В 1 группе по данным СМАД максимальное систолическое артериальное давление (САД) и макси-

мальное диастолическое артериальное давление (ДАД) снизились с 174,0±5,4 и 104,6±6,2 мм рт.ст. до 130,8±3,4 и 78,3±6,5 мм рт.ст., соответственно (p<0,001). Количество больных с недостаточным снижением артериального давления в ночное время после проведенного лечения уменьшилось на 25%. Во 2 группе максимальные САД и ДАД снизились с 172,1±2,8 и 105,2±1,7 мм рт.ст. до 134,2±1,3 и 85,1±0,8 мм рт. ст., соответственно (p<0,001). До и после лечения «dipper»-тип суточной кривой наблюдался у 60% и 80% пациентов, соответственно. Показатели вариабельности САД и ДАД исходно не превышали нормальных значений и не имели каких-либо значимых изменений через 8 недель. В основном отмечалась хорошая переносимость препаратов без побочных явлений. В одном случае было выявлено развитие реакции на прием эналаприла в виде сухого кашля, что явилось основанием для вывода данного больного из исследования. При анализе показателей ФВД пациентов 1 группы в 23,1% случаев (3 больных) зарегистрировано ухудшение бронхиальной проходимости (снижение ОФВ1 в среднем на 8,2±2,1%, p<0,001). В 69,2% случаев (9 больных) параметры спирограммы не изменились. У 1 больного (7,7%) выявлено повышение ОФВ1 на 11,4% (p<0,001). При приеме лозартана ухудшения бронхиальной проходимости не обнаружено (ОФВ1 до и после лечения составили 70,1±1,3% и 69,8±1,8% (p>0,001) соответственно). У 3 больных (30%) по данным спирографии отмечено увеличение ОФВ1 на 9,3±3,3% (p>0,001) от исходного значения.

Выводы. Оба препарата показали сходную высокую гипотензивную активность, хорошо переносились, в большинстве случаев не вызывали побочных явлений. Лозартан по сравнению с эналаприлом обнаружил большую безопасность в отношении ухудшения бронхиальной проходимости, в связи с чем, может быть рекомендован у больных артериальной гипертонией в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких.

0935 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА СРЕДИ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ

Фазлова И.Х., Гуранова Н.Н.
ГОУВПО «МГУ имени Н.П. Огарева», Саранск, Россия

Цель исследования: изучение характера и распространенности факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний среди трудоспособного городского населения.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе поликлинического отделения МУЗ «Городская больница № 13» г.Саранска. Анализу подвергнуто 620 карт учета дополнительной диспансеризации граждан трудоспособного возраста, прошедших обследование в течение 2007 года в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье». Распространенность ФР сердечно-сосудистых заболеваний изучалась среди медицинских работников (165 человек), работников сферы образования (275 человек) и инженерно-технических работников (180 человек). Исследованные разделены на две группы по возрастному критерию: 35–45 лет и 46–55 лет.

Полученные результаты. Один из основных и независимых ФР – гиперхолестеринемия (ГХ) – был обнаружен среди обследованных в целом в 56% случаев. Наибольшее распространение ГХ имела среди мужчин и женщин второй возрастной группы (46–55 лет) – 79 и 65% случаев соответственно. В первой возрастной группе повышенный уровень холестерина обнаружен у 61% мужчин и 42% женщин. Наибольшее распространение ГХ имела среди инженерно-технических работников, как мужчин, так и женщин, обеих возрастных групп. Несколько меньшее количество случаев ГХ обнаружено среди педагогических работников (в первой возрастной группе – 50% обследованных, во второй группе – 68%). Среди медицинских работников ГХ была распространена менее всего: в возрасте 35–45 лет повышенный уровень холестерина обнаружен в 26% случаев, в возрасте 46–55 лет уже в 57%. В 23% случаях ГХ была впервые выявленной. Даже среди медицинских работников случаи впервые выявленной ГХ составили 7% в первой возрастной группе и 11% – во второй.

Вторым по распространенности ФР сердечно-сосудистых заболеваний оказалась артериальная гипертензия (АГ) – в целом среди обследованных она встречалась в 40% случаев. Уже в возрасте 35–45 лет АГ имела место у 20% женщин и 33% мужчин. Во второй возрастной группе распространенность АГ среди мужчин возросла до 64%, среди женщин она составила 26%. Наибольшее распространение АГ имела также среди инженерно-технических работников мужского пола обеих возрастных групп. Среди медицинских работников и педагогов АГ имела одинаковое распространение.

Медицинские работники оказались более всего подвержены нарушениям углеводного обмена: сахарный диабет II типа был обнаружен в 11% случаев в первой возрастной группе и в 13% – во второй.

Выводы: 1. Факторы сердечно-сосудистого риска имеют широкое распространение уже в возрасте 35–45 лет. 2. Основные патогенные факторы – ГХ, АГ и СД – имеют наибольшее распространение. 3. Различия в распространенности основных ФР могут быть обусловлены, в том числе, уровнем и видом образования населения. 4. Дополнительная диспансеризация работающих граждан способствует активному выявлению ФР сердечно-сосудистых заболеваний среди трудоспособного населения.

0936 ДИСЛИПИДЕМИИ СРЕДИ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Федорова В.И., Климова Т.М.
ФГНУ «Институт здоровья», Якутск, Россия

Нарушения липидного обмена являются важными факторами риска развития и прогрессирования различных сердечно-сосудистых заболеваний, в первую очередь ишемической болезни сердца.

Цель исследования: изучить распространенность липидных нарушений среди трудоспособного населения Республики Саха (Якутия).

Материалы и методы: материалом исследования послужила репрезентативная выборка из населения 4 районов республики и г.Якутска. С откликом 72% осмотрено 2102 человека. В том числе коренных —1067, некоренных — 1035. Женщин — 869, мужчин — 1233 человек.

Критерии исследования: за критерий гиперхолестеринемии (ГХС) принят уровень общего холестерина в сыворотке крови 5,0 ммоль/л и более; за гипертриглицеридемию (ГТГ) — содержание триглицеридов 1,7 ммоль/л и более. Гипоальфахолестеринемии соответствовали концентрации ХС ЛПВП в сыворотке крови мужчин 1,0 ммоль/л и менее; для женщин 1,2 ммоль/л и менее.

Результаты исследования: По данным проведенного исследования средняя концентрация общего холестерина не зависела от этнической принадлежности. Среднее содержание триглицеридов среди некоренного населения было статистически значимо выше, чем среди коренных (2,1 и 1,2 ммоль/л, соответственно, p<0.01). Не выявлено различий в концентрации ХС ЛПВП среди коренного и некоренного населения. Среднее содержание ХС ЛПНП у некоренного населения было выше аналогичного у коренных (4,0 и 3,4 ммоль/л, соответственно p<0,01). Средние показатели липидов у женщин были выше, чем у мужчин (p<0.05).

Наиболее частым видом нарушения липидного обмена является гиперхолестеринемия. С возрастом частота ГХС увеличивается и достигает 71% среди 50–59-летних. Среди некоренного населения данное нарушение липидного обмена встречается статистически значимо чаще, чем среди коренных. ГТГ в возрастном диапазоне 20–59 лет наблюдается у 24% обследованных, частота ее также увеличивается с возрастом и не зависит от половой принадлежности. Среди некоренного населения ГТГ встречается 3 раза чаще, чем у коренных (36 и 12% соответственно, p<0,01). Частота гипоальфахолестеринемии составила от 24% и не зависела от половой и этнической принадлежности обследованных.

В целом, у трудоспособного населения Якутии, распространенность дислипидемии составила 61%. Некоренное население и женщины чаще имели нарушения липидного обмена.

Заключение: Таким образом, дислипидемии широко распространены среди популяции северного региона. Некоренное население Севера характеризуется более неблагоприятным липидным профилем. К особенностям липидного спектра корен-

ных жителей следует отнести низкое содержание триглицеридов и более низкие показатели распространенности дислипидемий, по сравнению с некоренным населением.

0937 ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Федорова И.В., Мациевич М.В.
ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава, Москва, Россия

Цель: изучить особенности сердечно-сосудистой системы, дисфункции эндотелия, интенсивности оксидативного стресса (ОКС), антиоксидантной защиты (АОЗ) у пациентов с изолированной артериальной гипертонией (АГ) и ее сочетанием с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Методы исследования: обследованы 80 пациентов с сочетанием АГ 1 и 2 степени и ХОБЛ II-III стадии в период ремиссии и 20 пациентов с изолированной АГ, в возрасте от 41 до 70 лет. В качестве контрольной группы были отобраны 18 курящих здоровых мужчин. Всем пациентам проводились суточное мониторирование артериального давления (СМАД), исследование центральной гемодинамики (ЦГД), экспрессии молекулы межклеточной адгезии (VCAM-1) методом иммуноферментного анализа, концентрации продуктов перекисного окисления липидов - ацилгидроперекисей (АГП) и активности антиоксидантного фермента - глутатионпероксидазы (ГПО) в сыворотке крови – спектрофотометрически.

Полученные результаты: по данным СМАД в группе сочетанной патологии отмечается больший процент пациентов с повышенными вариабельностью САД и ДАД, скоростью утреннего подъема САД (СУП САД), измененным суточным профилем АД. Исследование ЦГД выявило большее число лиц с гипертрофией миокарда ЛЖ, диастолической дисфункцией ЛЖ, патологическими типами геометрии ЛЖ у пациентов с АГ и ХОБЛ. В обеих группах обнаружена гиперэкспрессия VCAM-1. Не было отмечено статистически значимой межгрупповой разницы по данному показателю, однако при более детальном изучении выявлено увеличение экспрессии VCAM-1 у пациентов с более выраженной степенью бронхообструкции ($p=0,0490$), что свидетельствует о ее влиянии на процессы сосудистого повреждения. Повышение концентрации АГП наблюдалось в обеих группах в сравнении с контролем. Получены недостоверные данные о большей концентрации данного показателя в группе сочетанной патологии (7,2±1,7 нмоль/мг липида) по сравнению с группой АГ (6,3±1,4 нмоль/мг липида), однако, при разделении пациентов в зависимости от степени бронхообструкции, была отмечена высоко значимая разница, свидетельствующая об усилении ОКС при переходе ХОБЛ в тяжелую стадию ($p<0,0001$). Выявлена более высокая активность ГПО у больных с сочетанием АГ и ХОБЛ (3,4±1,1 акт./г Hb) по сравнению с группой АГ (2,0±0,7 акт./г Hb) ($p<0,0001$) при отсутствии различий с группой контроля, что вероятно может быть связано со стимуляцией ее выработки в ответ на повышенную продукцию оксидантов при коморбидном состоянии.

Выводы: АГ на фоне ХОБЛ характеризуется недостаточной степенью ночного снижения АД, повышенной вариабельностью САД и ДАД, СУП САД, более выраженными структурно-функциональными изменениями миокарда ЛЖ. У пациентов с АГ и ХОБЛ отмечаются увеличение экспрессии провоспалительных факторов, усиление АОЗ в ответ на активацию ОКС, причем выявленные изменения нарастают по мере увеличения тяжести бронхообструктивных нарушений, что свидетельствует о наличии клинически значимого сосудистого повреждения, которое может играть роль в патогенезе АГ на фоне ХОБЛ.

0938 НЕКОТОРЫЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

Федорова Т.А., Яковлев В.Н., Рыбакова М.К., Левина О.Н.
ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова , кафедра терапии ФППОв, Москва, Россия

Целью исследования явилось изучение внутрисердечных поражений при инфекционном эндокардите.

Особенности внутрисердечных манифестаций при инфекционном эндокардите (ИЭ) оценивались по результатам обследования 106 больных, находившихся на лечении в ГКБ им. С.П. Боткина с 2000 по 2007гг. Были изучены возрастная и половая структура заболевших, предшествующий кардиальный фон заболевания, локализация поражения, степень развившейся регургитации и недостаточности кровообращения, наличие аритмий, частота и характер осложнений, исходы заболевания. Проведенный анализ позволил выявить некоторые аспекты современного течения ИЭ: чаще болеют мужчины (69,8%), 52,6% случаев составили пациенты, старше 50 лет. Подострое течение заболевания выявлено у 36,8% больных. У 55,7% пациентов диагностирован вторичный ИЭ, фоном для развития его в 22,6% случаев стал атеросклеротический кардиосклероз, в 21,2% - врожденный порок сердца (двустворчатый аортальный клапан, синдром Морфана, открытое овальное окно, пролапс митрального клапана), в 10,4% - ревматический порок, установленный в недавнем времени ЭКС – у 2 больных, миксоматозная дегенерация клапана – у одного и метастатическое поражение сердца – у одного больного. На догоспитальном этапе Эхо-КГ была выполнена лишь в 15% случаев. У трети больных ИЭ развился на митральном клапане, аортальная локализация была диагностирована в 28,3% случаев, у 14,2% пациентов выявлялись вегетации на трикуспидальном клапане, у 0,9% - на клапане легочной артерии. Многоклапанное поражение диагностировано у четверти пациентов, вовлечение правых камер сердца выявлено у 27%, из них 15% больных употребляли наркотики внутривенно. У всех пациентов развилась клапанная регургитация: у 7% - незначительная, у 29% - умеренная, у 47% - выраженная, у 17% тяжелая. У 18,9% больных диагностирован перикардит, в 17% случаев выявлены отрывы хорд клапанов, в 12,3% - абсцессы клапанов и подклапанных структур, фистулы створок клапанов диагностированы в 4,7% случаев. Течение заболевания осложнялось нарушениями ритма и проводимости у 53,6% пациентов: в 39,5% случаев выявлены различные экстрасистолии, в 9,4% - пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, в 4,7% – блокада ножки пучка Гиса. Эмбологенный инфаркт миокарда диагностирован у 5,7% больных, тромбоэмболия легочной артерии - у 32% пациентов. Сердечная недостаточность выявлена в 99,1% случаев, в половине из них - III-IV функциональных классов. Хирургическое лечение было рекомендовано 39,6% пациентов, 34 больных прооперированы. Внутрибольничная летальность составила 25,5%. Среди причин смерти установлены нарастающая недостаточность кровообращения (8,5%), тромбоэмболия легочной артерии (4,7%), нарушения ритма сердца (3,6%), острая левожелудочковая недостаточность (1,9%), эмбологенный острый инфаркт миокарда (0,9%). Знания особенностей современного течения инфекционного эндокардита должны способствовать своевременной диагностике, лечению, предупреждению осложнений и улучшению прогноза при данном заболевании.

0939 ОЦЕНКА ДИСФУНКЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ

Федорова Т. А., Яковлев В. Н., Ройтман А. П., Семененко Н. А.
ГОУВПО ММА им. И. М. Сеченова, кафедра терапии ФППОВ, Москва, Россия

Целью настоящего исследования явилось изучение динамики изменений предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT-pro-BNP) для уточнения его диагностического и прогностического значения у больных инфекционным эндокардитом (ИЭ).

Обследовано 45 больных ИЭ, из них 32 – с острым и 13 – с подострым течением заболевания. У 60% пациентов наблюдался первичный эндокардит. Фоном для развития вторичного ИЭ являлись ревматическое, атеросклеротическое поражение клапанов, врожденный порок сердца (пролапс митрального клапана, двустворчатый аортальный клапан, врожденная дисплазия пра-

вого желудочка) и постановка постоянного электрокардиостимулятора. В четверти случаев были выявлены аритмии, среди них у подавляющего большинства (89%) наблюдалось мерцание-трепетание предсердий. Сердечная недостаточность II ФК определялась более, чем у половины больных (53,6%), III и IV ФК – у 35,7%.

Наряду с общеклиническими методами проводились исследование гемокультуры, Эхо-КГ, УЗИ органов брюшной полости и почек. Определяли уровень NT-pro-BNP с использованием автоматизированной системы для гетерогенного иммунохимического анализа с непрерывной загрузкой образцов Elecsys 2010 rack/disk (Roche, Швейцария). Исследование осуществлялось в динамике: при поступлении, через 2 недели и через 6 месяцев от начала терапии. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц, у которых показатель NT-pro-BNP, в среднем, равнялся 78±36пг/мл.

По результатам исследования концентрация NT-pro-BNP оказалась повышенной у всех больных ИЭ. При остром течении заболевания данный показатель был в 1,5-2 раза выше, чем у больных с подострым ИЭ, хотя и в этой группе концентрация NT-pro-BNP существенно превышала нормальные показатели и колебалась от 333 до 14480 пг/мл. Средний уровень пептида при первичном ИЭ на 30% превышал соответствующий показатель при вторичном эндокардите. Самые высокие концентрации NT-pro-BNP наблюдались при сердечной недостаточности III-IV ФК, развитии III-IV степени регургитации пораженного клапана, наличии тромбоэмболических осложнений, высокой активности воспалительного процесса.

Через 2 недели положительной клинической динамике с нормализацией температуры соответствовало снижение концентрации NT-pro-BNP в 8–10 раз. У 13 больных на фоне проводимой комплексной терапии в динамике отмечалось нарастание NT-pro-BNP. Из этих больных 5 умерли в течение 2-3 недель, а 4 – были переведены в реанимационное отделение в связи с нарастанием тяжести состояния и развитием тромбоэмболических осложнений.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о большом клиническом значении определения NT-pro-BNP у больных с ИЭ. Динамическое определение этого показателя может способствовать своевременному выявлению осложнений, позволяет оценить эффективность терапии и провести ее обоснованную коррекцию.

0940 ВЗАИМОСВЯЗЬ ФУНКЦИИ ВЕНУЛЯРНОГО ОТДЕЛА СОСУДИСТОГО РУСЛА С СУТОЧНЫМ РИТМОМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Федорович А.А., Рогоза А.Н., Бойцов С.А.
ФГУ Российский кардиологический научно-производственный комплекс, Москва, Россия

Цель: Исследование функционального состояния венулярного отдела сосудистого русла кожи в норме и при артериальной гипертензии I и II степени. Выявление взаимосвязи нарушений функции венулярного отдела с суточным ритмом артериального давления.

Методы исследования: Обследовано 60 человек: 13 человек – нормотоники (46,3±3,7 лет), 24 пациента с артериальной гипертензией I ст. (49,8±2,2 лет) и 23 пациента с артериальной гипертензией II ст. (50,2±2,4 лет). Перед проведением исследований, все пациенты с артериальной гипертензией либо не принимали никаких вазоактивных фармпрепаратов в течение 10-ти дней, либо артериальная гипертензия была у них выявлена впервые. Проведены исследования в следующем объеме: 1) суточное мониторирование артериального давления; 2) лазерная допплеровская флоуметрия в коже предплечья на одноканальном лазерном флоуметре «ЛАКК-02» с использованием блока «ЛАКК-ТЕСТ», что позволило проводить исследование в видимой красной области спектра (1 мм3) при постоянной температуре кожи (+32°С). Выполнялась запись исходного уровня перфузии и функциональная проба с венозной окклюзией. Расчет амплитудно-частотных характеристик микроциркуляторного кровотока проводился с использованием комплекснозначного вейвлета Морле. Амплитуда венулярного ритма оценивалась в исходной записи и в период восстановления после функциональной пробы на частоте соответствующей количеству дыхательных движений в минуту. За величину нормы принималось значение амплитуды венулярного ритма ≤0,08 условных перфузионных единиц.

Результаты исследования: Выявлена положительная корреляционная зависимость между исходными значениями амплитуды венулярного ритма и средними значениями дневного систолического (R=0,72; p<0,01), ночного систолического (R=0,71; p<0,01) и ночного диастолического (R=0,69; p<0,01) давления в группе нормотоников. В группах гипертоников корреляционной зависимости между данными параметрами не отмечается. Признаки венулярной недостаточности различной степени выраженности (по данным функциональной пробы) отмечаются у нормотоников в 31% случаев, у пациентов с артериальной гипертензией I ст. в 50%, II ст. в 70%. Выявлена отрицательная корреляционная зависимость между уровнем ночного снижения систолического (R=-0,57; p<0,01) и диастолического (R=-0,50; p<0,01) артериального давления с амплитудой венулярного ритма при пробе с венозной окклюзией. По мере увеличения амплитуды венулярного ритма, которая отражает степень функциональной недостаточности венулярного отдела, коэффициент корреляции с уровнем ночного снижения давления возрастает. Среди пациентов с умеренной степенью выраженности венулярной недостаточности (0,09–0,19 условных перфузионных единиц) преобладают «овердипперы» по диастолическому давлению, а выраженные нарушения функции венулярного отдела (>0,20–0,22 условных перфузионных единиц) характерны только для «нондипперов» и «найтпикеров».

Выводы: При наличии функциональной недостаточности венулярного отдела сосудистого русла, наблюдается взаимосвязь выраженности данных нарушений с признаками ночной гипертензии и нарушениями суточного ритма артериального давления.

0941 АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ФАКТОРА ВРЕМЕНИ НА СОКРАТИМОСТЬ МИОКАРДА ПРИ ЭКСТРЕННОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА МЕТОДОМ ЧТКА

Федорченко А.Н., Тупикин Р.С., Лясковский К.О., Корж Д.А., Шматков М.Г., Усачев А.А., Волколуп О.С., Бухтояров А.Ю., Лазебный П.А., Смолина Е.Г., Круберг Л.К.
Краевая клиническая больница №1 им. С.В. Очаповского, Краснодар, Россия

Цель исследования: оценить влияние фактора времени между возникновением клиники острого инфаркта миокарда (ОИМ) и выполнением эндоваскулярного вмешательства на изменение сократимости миокарда в раннем послеоперационном и отдаленном периоде.

Материал и методы: Начиная с февраля 2006 года через отделение рентгенохирургии в экстренном порядке прошло 1109 пациентов. Всем им была выполнена коронароангиография (КАГ).

Клинические и лабораторно-инструментальные признаки ОИМ имелись у 710 (64%) больных, клиника ОКС у 399 (36%) больных. Среди больных с ОИМ 102 (14,4%) пациентам проведены консервативная терапия и тромболизис, 28 (4%) пациентам выполнено аорто-коронарное шунтирование (АКШ), 580 (81,6%) - экстренная чрескожная транслюминальная баллонная ангиопластика (ЧТКА).

Для данного исследования было отобрано 3 группы по 50 больных, которым проводилась экстренная ЧТКА одной «инфаркт-связанной» артерии в сроки до 6 часов (1-я группа), 6-12часов (2-я группа) и более 12 часов (3-я группа). Всем больным проводилась Эхо-КС до вмешательства , после вмешательства в раннем послеоперационном периоде и во время планового осмотра в поликлинике в период 1-1,5 мес. после выписки из стационара.

Результаты: До вмешательства ФВ варьировала: в первой группе от 35 до 48 (в среднем 41,6), во второй группе от 30 до 55 (в среднем 43,9), в третьей группе от 20 до 48 (в среднем 39,5).

Длительность госпитализации варьировала от 3 до 19 дней, в среднем составила 7 дней. На момент выписки, после вмешательства, ФВ варьировала: в первой группе от 38 до 55 (в среднем 49), во второй группе от 30 до 55 (в среднем 46,9), в третьей группе от 34 до 52 (в среднем 43,8). Увеличение фракции выброса на момент выписки из стационара в первой группе составило в среднем на 7,4(17,8%), во второй группе 3(6,8%), в третьей группе 4,3(10,8%) от первоначальных показателей. Во время планового осмотра через 1-1,5 месяца в первой группе больных фракция выброса по данным Эхо-КС варьирует от 38 до 56 (в среднем 53,3), во второй группе от 34 до 57 (в среднем 49,6) и в третьей группе от 38 до 59 (в среднем 49,7) соответственно. Фракция выброса через 1-1,5 месяца в первой группе увеличилась в среднем на 4,3 (8,8%), во второй группе 2,7 (5,8%), в третьей группе 2,9 (6,6%) по сравнению с показателями на момент выписки.

Выводы: Проведение реваскуляризации миокарда методом ЧТКА в экстренном порядке в возможно более ранние сроки от начала развития клиники (до 6 часов) позволяет минимизировать последствия острого инфаркта миокарда и обеспечивает лучшую сократительную способность миокарда в раннем послеоперационном периоде, в отдаленном периоде (1-1,5 месяца) разница в Эхо-КС показателях групп исследованных больных не достоверна.

0942 КОРОНАРНАЯ АНГИОПЛАСТИКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Федорченко А.Н., Тупикин Р.С., Бухтояров А.Ю., Шматков М.Г., Лясковский К.О. Корж Д.А., Волколуп О.С., Усачев А.А., Лазебный П.А., Смолина Е.Г.
Краевая клиническая больница №1 имени профессора С.В. Очаповского, Краснодар, Россия

Цель исследования: анализ результатов стентирования у больных с ОИМ.

Материал и методы: С февраля 2006 года по январь 2008 года в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения была оказана помощь 1109 больным с диагнозом ОКС или ОИМ. Из них, больных с ОКС 399 (36%), пациентов с ОИМ-710 (64%). Возраст больных составил от 30 до 70 лет (средний 54 года ±5 лет). Мужчин было 89%, женщин – 11%. Всем пациентам была выполнена КАГ. У 155 больных (13,9%) коронарные сосуды были с минимальным поражением, потребовавшие консервативного лечения и динамического наблюдения.189 пациентам (17%) с ОКС и ОИМ было проведено АКШ. 85 (12%) больным с ОИМ выполнялся тромболизис и/или многокомпонентная консервативная терапия ОИМ.

712 больным (64.2%) было проведено рентгенэндоваскулярное вмешательство, 580 (81,5%) составили пациенты с ОИМ (из них 86 пациентам с многососудистым поражением выполнено ЧТКА инфаркт – связанной артерии), 132 (18,5%) больных с ОКС.

ЧТКА с имплантацией стента было выполнено 561 (97%) и без имплантации 19 (3%) пациентам с ОИМ. Общее количество имплантированных стентов составило 640, из них 124 (19,4%) стента с лекарственным покрытием.

За этот же период была проведена экстренная ЧТКА ствола ЛКА 17 больным с ОИМ по жизненным показаниям. Было имплантировано 24 стента, 21 (87,5%) стент с лекарственным покрытием и 3 (12,5%) металлических стента.

Результаты: Ангиографический успех процедуры составил 96,9% при выполнении ЧТКА пациентам с ОИМ. Летальность при ОИМ у больных, подвергнутых ЧТКА, составила 3.2 % (19 пациентов, из них два пациента после ЧТКА ствола ЛКА на фоне отека легких). Тромбоз стента мы встретили в 7 (1,2%) случаях при КАГ(1 из которых с стент с лекарственным покрытием), что потребовало баллонной дилатации стента, в большинстве случаев с использованием ВСУЗИ. Все пациенты после ЧТКА наблюдались у кардиолога, при наличии клиники стенокардии выполнялась контрольная КАГ, что составило 78 пациентов (13,4%). Рестеноз был выявлен у 21 пациента (27%, от общего количества- 3,6%), 19-ти из которых ранее были имплантированы металлические стенты. 12 больных по различным причинам воздерживались от приема клопидогреля.

Выводы: Экстренная коронарография и ЧТКА являются методом выбора у больных с ОИМ и позволяют значительно улучшить прогноз дальнейшего течения инфаркта, качество жизни больных и их выживаемость. При многососудистом поражении коронарных артерий и наличие ОИМ предпочтительней выполнение ЧТКА инфаркт - связанной артерии.

Помощь должна оказываться круглосуточно в специализированных лечебных учреждениях кардиохирургического профиля, обеспеченных необходимыми инструментами и расходным материалом.

Для улучшения отдаленных результатов у больных, перенесших ОИМ и подвергшихся коронарной ангиопластике, во время экстренной ЧТКА целесообразна имплантация стентов с лекарственным покрытием и необходима адекватная антиагрегантная и антикоагулянтная терапия как в раннем послеоперационном периоде, так и на этапах реабилитации.

0943 ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ РЕСТЕНОЗА ПОСЛЕ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ У ЖЕНЩИН

Федорченко А.Н., Осиев А.Г., Протопопов А.В.
Краевая клиническая больница №1 имени проф. С. В. Очаповского, Краснодар, Россия; Краевая клиническая больница г. Красноярска, Красноярск, Россия; НИИ патологии кровообращения им. Мешалкина, Новосибирск, Россия

Цель исследования: изучение влияния пола пациентов на частоту развития рестенозов после стентирования коронарных артерий.

Материалы и методы: в исследование вошли 4374 пациента, 1025 женщин и 3349 мужчин, подвергнутых стентированию коронарных артерий. Вмешательства выполнялись по стандартной методике с необходимой сопутствующей антиагрегантной терапией. Всем больным, по возможности, выполняли контрольную коронарографию в течение 6 месяцев после вмешательства. Клиническое наблюдение пациентов включало амбулаторный поликлинический прием через 1 месяц, 6 месяцев и 1 год после вмешательства. По сравнению с мужчинами, женщины были ~ на 5 лет старше и имели худшие клинические показатели, но меньшую частоту инфарктов миокарда и коронарного шунтирования в анамнезе. У женщин отмечали достоверное увеличение частоты сахарного диабета, чаще встречалось поражение передней межжелудочковой артерии. Мужчинам и женщинам имплантировали стенты одинаковых типов. В обеих группах стентирование заканчивалось успехом в 98,9% случаев.

Результаты. 30-тидневный сочетанный показатель неблагоприятных исходов, включающий смерть и ОИМ, составил 3,2% у женщин и 1,8% у мужчин. У пациентов женского пола чаще выполнялись экстренные повторные ЧКВ (3,0% у женщин и 2,2% у мужчин).

Риск развития рестенозов у пациентов женского пола был ниже, чем у мужчин (28,9% и 33,9%, соответственно). Критическая степень рестенозирования (>75%) была менее присуща женщинам (17,2% у женщин и 21,1% у мужчин). Обнаружены различия по частоте развития рестенозов у женщин и мужчин только среди пациентов без сахарного диабета. В подгруппе сахарного диабета частота рестенозов составила 36,8% у женщин и 36,1% у мужчин, тогда как без диабета рестенозы зарегистрированы у 26% женщин и 33,5% мужчин.

Смертность по итогам года у женщин составила 5,2%, у мужчин – 4,5%. Сочетанный показатель неблагоприятных исходов, включающий смерть и инфаркт миокарда был 7,2% у женщин и 6,0% у мужчин. Клинически частота рестенозов была ниже у женщин (14,8% и 17,5% у мужчин). Жалобы на стенокардию предъявляли 15,4% женщин и 17,9% мужчин. У больных, не подвергавшихся контрольной коронарографии, годовая смертность составила 10,0% у женщин и 12,3% у мужчин, а частота повторных реваскуляризаций 1,7% и 3,7%, соответственно.

Заключение. Пациенты женского пола имеют более низкий риск развития рестенозов после ЧКВ. Женщины имеют более

высокий риск развития осложнений в течение первых 30-ти дней после вмешательства и для них более характерны тромботические осложнения. После 30-ти дневного периода, результаты лечения у женщин становятся лучше, чем у мужчин, вследствие более низкой частоты развития рестенозов.

Показано отрицательное влияние диабета на возникновение рестеноза, в большей степени у женщин. Именно пациенты женского пола больные ИБС с сопутствующим сахарным диабетом должны получать оптимизированную, персонализированную антиагрегантную терапию для улучшения общих результатов применения инвазивных коронарных методик в целом.

0944 ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ТАКТИКИ ВЫСОКОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКЕ

Федорченко А.Н., Осиев А.Г., Протопопов А.В.
Краевая клиническая больница N1 им. С.В. Очаповского, Краснодар, Россия; НИИ ПК им. Мешалкина, Новосибирск, Россия; Краевая клиническая больница, Красноярск, Россия

Цель исследования: Оценить непосредственные и отдаленные результаты коронарного стентирования у больных с использованием тактики высокого давления.

Материалы и методы: В исследование вошли 934 пациента с клинически значимым поражением коронарного русла. Больные были разделены на группы дилятации стентов низким давлением (8-13 атмосфер) 466 пациентов и высоким давлением (15-20 атмосфер) 468 пациентов. Имплантировались стенты, наиболее широко используемые нами в повседневной практике – Multi Link stent, Flex Master F1 (Abbot). Под «высоким» давлением подразумевали давление имплантации в пределах 15-20 атмосфер. «Низкое» давление имплантации определялось, как давление от 8 до 13 атмосфер для безопасного выполнения дилатации, в соответствии с давлением разрыва баллонного катетера.

Результаты: У больных включенных в исследование во время стентирования не отмечалось перфорации коронарных артерий или других жизнеугрожающих осложнений. В течение 30-дневного наблюдения неблагоприятные побочные события (осложнения) составили 2,8% для группы высокого давления и 3,0% для группы низкого давления. Пациенты без побочных неблагоприятных событий (осложнений) в течение первых 30 дней наблюдения определялись для дальнейшего изучения отдаленных результатов в течение 6 месяцев. Такому исследованию, с выполнением контрольной коронарографии были подвергнуты 372 (83%) больных из группы высокого давления и 370 (82,2%) больных из группы низкого давления. Частота рестенозов в группе высокого давления составила 30,4%, а в группе низкого давления 31,4%, однако частота тотальных окклюзий стентированных сегментов коронарных артерий в группе высокого давления была 3,8%, тогда как в группе низкого давления 5,9%. В течение 1 года наблюдений, основные клинические параметры не достигали статистической разницы между двумя группами, сочетанный показатель, включающий отсутствие Q-ИМ и повторных вмешательств у больных группы высокого давления составил 78,8%, в группе низкого давления 75,5%. Повторные ЧКВ были выполнены у 67 (14,3%) больных из группы высокого давления и 78 (16,7%) больным в группе низкого давления.

Заключение: Частота тромбозов стентов в течение 30 дней после вмешательства в группах низкого и высокого давления достоверно не отличается. Частота ранних осложнений (смерть, Q-ИМ, повторные реваскуляризации) также сопоставима между группами с разным давлением имплантации стентов.

Исследование группы высокого давления при стентировании пораженных коронарных артерий выявило положительные тенденции в клинических исходах при наблюдении отдаленных результатов вмешательств в течение 1 года, хотя и без достижения достоверной статистической разницы.

Выполнение вмешательства требует от рентгенхирурга гибкости исполнения, своевременной оценки динамично развивающейся ситуации, применение широкого спектра значений давления в баллонном катетере, на основе накопленного опыта выполненных вмешательств и в зависимости от характера поражения коронарных артерий.

0945 ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНГИОПЛАСТИКИ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ОСТРОЙ КОРОНАРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Федорченко А.Н., Тупикин Р.С., Лясковский К.О., Корж Д.А., Шматков М.Г., Усачев А.А., Волколуп О.С., Бухтояров А.Ю., Лазебный П.А.
Краевая клиническая больница №1 им. С.В. Очаповского, Краснодар, Россия

Цель: Оценка эффективности эндоваскулярного лечения больных с острой коронарной патологией с поражением основного ствола левой коронарной артерии.

Материал и методы: Начиная с февраля 2006 года в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения функционирует круглосуточная служба экстренной помощи больным с острым инфарктом миокарда и острым коронарным синдромом. За период с 2006 года через отделение рентгенохирургии в экстренном порядке прошло 25 пациентов с поражением основного ствола левой коронарной артерии. Всем им была выполнена КАГ. Пациентов, имеющих поражение, условно можно разделить на 2 группы: 1 – больные с острым инфарктом миокарда 11 человек (44%), 2 – больные с острым коронарным синдромом 14 человек (56%). В первой группе всем больным выполнена ЧТКА ствола ЛКА; во второй группе 6 больным выполнена ЧТКА(42,9%), 8 – АКШ (57,1%). Всего за период с 2006 по октябрь 2007 года в отделении рентгенохирургии выполнено 29 ангиопластик основного ствола левой коронарной артерии, из них по экстренным показаниям было выполнено 17 (58,6%).

Во время вмешательства всем больным в ПЖ заводился временный эндокардиальный электрод. В 2 (11,8%) случаях дополнительно использовался баллон для внутриаортальной контрпульсации.

Было имплантировано 24 стента, из них 3 (12,5%) стента без лекарственного покрытия, 21 (87,5%) стентов с лекарственным покрытием.

Изолированное поражение ствола, требующее имплантации одного стента, у 10 пациентов (58,8%). Бифуркационное стентирование выполнено 7 пациентам (41,2%).

Результаты: Ангиографический успех стентирования был достигнут у 17 пациентов (100%) пациентов. Летальный исход у 2 пациентов (11,8%), поступивших в состоянии кардиогенного шока. В отдалённом периоде (от 5 мес. до 20 мес.) после экстренной ангиопластики основного ствола левой коронарной артерии в отделение планово поступило 2 пациента (11,8%) с рецидивом стенокардии, у которых определялся гемодинамически значимый рестеноз стентов, что потребовало повторной ЧТКА с имплантацией стентов с лекарственным покрытием у одного пациента и АКШ у другого.

Выводы: ЧТКА основного ствола левой коронарной артерии, выполненная в экстренном порядке, является эффективным и относительно безопасным методом помощи при острой коронарной патологии. ЧТКА, выполненная при ОКС, позволяет предотвратить развитие ОИМ.

0946 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ЗОФЕНОПРИЛОМ И ЛОЗАРТАНОМ НА СОДЕРЖАНИЕ ЭНДОТЕЛИНА-1 И ДЕСКВАМИРОВАННЫХ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ЭНДОТЕЛИОЦИТОВ В КРОВИ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ФОНЕ ПОДАГРЫ

Феофанова Е.С., Князева Л.А., Князева Л.И., Степченко М.А., Аксинина Ю.В.
ГОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет», Курск, Россия

Цель работы: изучение динамики содержания эндотелина-1 (ЭТ-1) и десквамированных циркулирующих эндотелиальных клеток (ЦЭК) в крови больных стабильной стенокардией напряжения на фоне подагры в зависимости от проводимой терапии зофеноприлом, лозартаном и их комбинацией.

Методы исследования. Обследованы 138 мужчин с ишемической болезнью сердца (ИБС): стабильной стенокардией напряжения II-III функционального класса (ФК) на фоне первичной подагры (средний возраст 54,5±7,3 года). Группу сравнения составили 30 больных стабильной стенокардией, группу контроля - 20 здоровых лиц. Сывороточное содержание ЭТ-1 исследовали с помощью радиоиммунного анализа (Amersham), количество ЦЭК оценивали по методу J. Hladovec (1978) в зависимости от степени тяжести эндотелиальной дисфункции (ЭД), определяемой по изменению диаметра плечевой артерии в пробе с реактивной гиперемией. Исходные изучаемые параметры анализировались на фоне базисной терапии ИБС (аспирин, бисопролол, нитраты). К базисной терапии больных 1-й группы (n=51) добавляли зофеноприл - 22,5±7,5 мг/сут., 2-й группы (n=52) – лозартан - 125±25 мг/сут., 3-й группы (n=35) - комбинацию зофеноприл+лозартан (15,0±7,5 мг/сут. и 75,0±25,0 мг/сут. соответственно). Всем пациентам назначали аллопуринол.

Результаты. Исходно у 26,8% больных стенокардией на фоне подагры определялась I ст. ЭД, у 39,1% и 34,1% - II и III-IV ст. ЭД соответственно, сывороточное содержание ЭТ-1 и ЦЭК достоверно превышало аналогичные показатели групп контроля и сравнения, нарастая с увеличением степени ЭД. Максимальные уровни ЭТ-1 (50,3±2,1 нг/л, p<0,05) и ЦЭК (12,7±0,9 клеток/ 100 мкл, p<0,05) отмечены у больных ИБС на фоне подагры с III-IV ст. ЭД. После 6 месяцев терапии с включением зофеноприла или лозартана выявлено снижение уровня ЭТ-1 на 57,6% и 58,5% соответственно в крови больных сочетанной патологией с I ст. ЭД. При II ст. ЭД более выраженное уменьшение эндотелинемии имело место у больных ИБС и подагрой после применения комбинации зофеноприла с лозартаном. У больных с III-IV ст. ЭД только терапия зофеноприл+лозартан приводила к значимому снижению эндотелинемии, не достигавшему однако уровня контроля (29,8±1,3 против 14,3±0,5 нг/л, p<0,05). Аналогичной направленностью характеризовалось изменение количества ЦЭК у больных ИБС на фоне подагры после проводимого лечения. Только при I ст. ЭД наблюдалось достоверное снижение уровня ЦЭК до величины контроля (2,9±0,3 кл/100 мкл). Использование комбинации зофеноприл+лозартан у больных ИБС и подагрой приводило к более значимому уменьшению эндотелиоцитемии как при II (3,0±0,3 кл/100 мкл), так и при III-IV ст. ЭД (8,5±0,6 кл/100 мкл, p<0,05).

Выводы: 1. Зофеноприл и лозартан обладают сопоставимым по эффективности корригирующим влиянием на сывороточное содержание ЭТ-1 и ЦЭК у больных ИБС: стабильной стенокардией напряжения II-III ФК на фоне подагры, более выраженным при I ст. ЭД. 2. Комбинированное применение зофеноприла с лозартаном у больных сочетанной патологией сопровождается более значимым снижением эндотелинемии и эндотелиоцитемии.

0947 ВЛИЯНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОЖИЛЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Филиппова Т.В., Ефремушкин Г.Г., Зубова О.А., Халтурина И.Г., Крячкова Т.В., Кондакова Г.Б.
Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия; Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн, Барнаул, Россия

Цель: изучить влияние низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у пожилых больных с ИБС и гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы. Обследованы 132 больных в возрасте от 60 до 89 лет (средний возраст 78,0±1,5 года), 14 женщин и 118 мужчин с сочетанием ИБС и ГБ. У всех пациентов отмечена ХСН, ее средний функциональный класс 2,6(0,5. Больные рандомизированы в группы: основная - 82 больных, получавших в комплексной терапии НИЛИ, группа сравнения - 50 больных, получавших только фармакотерапию. В основной группе выделены подгруппы: А - 27 больных, получавших внутрисосудистое лазерное облучение крови (ВЛОК) на аппарате «АЛОК» мощностью излучения 2 мВт 5 процедур по 30 мин.; В - 28 больных, получавших накожное лазерное облучение на кардиальные зоны Захарьина-Геда в красном спектре излучения с аппарата «УЛФ-01» - 10 сеансов; С - 27 больных, получавших поэтапно 5 сеансов ВЛОК, затем накожное облучение по указанной методике. Пациентам проводилась эхо-допплеркардиография на аппарате «VIVID-7» (США), тест 6-минутной ходьбы (ТШХ) диагностики ХСН в начале и конце курса лечения.

Результаты. После курса лечения в подгруппе А фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) возросла на 12,6% (p<0,05), фракция выброса правого желудочка (ФВ ПЖ) - на 12,7% (p<0,05), в подгруппе В ФВ ЛЖ увеличилась на 8,9% (p<0,05), ФВ ПЖ- на 8,1% (p<0,05), в подгруппе С увеличение составило 10,6% и 10,8% соответственно (p<0,05). В группе сравнения ФВ ЛЖ значимо не изменилась, ФВ ПЖ увеличилась на 5,8% (p<0,05). У больных подгруппы А конечный диастолический размер левого желудочка снизился на 7,9% (p<0,05), конечный систолический размер левого желудочка - на 9,1% (p<0,05), в подгруппе С показатели составили 8,5% и 8,9% соответственно (p<0,05). При накожном облучении и в группе сравнения эти параметры значимо не изменились. У 38 (28,8%) исследуемых больных выявлены признаки диастолической дисфункции левого желудочка. У больных основной группы к концу лечения соотношение E/A возросло на 26,1% (p<0,05), показатель IVRT снизился на 12,3% (p<0,05). В группе сравнения достоверных изменений этих параметров не произошло.

У больных, получавших НИЛИ, показатель ТШХ увеличился с 272,7±20,0 до 330,6±17,0 м (p<0,05), в группе сравнения отмечена лишь тенденция к увеличению дистанции (с 266,5±22,1 до 288,4±18,5 м, p>0,05).

Выводы. Таким образом, включение НИЛИ в комплекс терапии больных пожилого возраста с кардиологической патологией способствует улучшению функционального состояния сердечно-сосудистой системы, ремоделированию миокарда. Более выраженные позитивные изменения отмечены при использовании ВЛОК.

0948 СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ДОРОЖНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Фокин А.А.[1], Сощенко Д.Г.[1], Вдовин Е.В.[2], Лаптев К.В.[1]
ГОУ ДПО УГМАДО Росздрава[1], Челябинск, Россия; НУЗ «ДКБ на станции Челябинск ОАО «РЖД» [2], Челябинск, Россия

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является причиной более половины всех смертей от сердечно-сосудистых заболеваний. В России отмечается один из наиболее высоких в Европе показателей распространенности и смертности населения от ИБС. Актуальным является развитие коронарной хирургии и эндоваскулярных методов лечения – коронарного стентирования и ангиопластики. Это побудило в 2005г. на базе НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД» создать Центр сердечно-сосудистой хирургии. Особенности обследования отдельных групп пациентов, работающих на ж/д транспорте заключаются в более раннем выявлении ИБС, обследовании бессимптомных пациентов, определении критериев трудоспособности, тщательного подбора терапии.

Цель исследования: анализ непосредственных результатов стентирования коронарных артерий на базе ДКБ на ст.Челябинск, обобщение накопленного опыта, демонстрация эффективности и безопасности проведения чрескожного коронарного стентирования.

Материал и методы: В Челябинской клинической дорожной больнице за 2005-2007гг выполнено стентирование коронарных артерий 64 больным. Средний возраст больных составил 53,4 года (от 39 до 73 лет) при соотношении полов 7:1 с пре-

имуществом в сторону мужского пола (87,5%) При этом одно-сосудистое поражение наблюдалось у 38 (60%), двухсосудистое у 17 (26,6%), трех- и более у 8 (12,5%), поражение шунта – у 1(0,9%) больного. Средняя степень стеноза (по всем артериям) составила 84,08%. Хроническая полная окклюзия отмечалась в 6 случаях (7,22%).Основными показаниями к коронарному стентированию являлись: 1. локальные гемодинамически значимые стенозы с локализацией в проксимальной и средней третях коронарных артерий; 2.хроническая окклюзия с невыраженным кальцинозом. Всего имплантировано 84 стента, из них 12 (14,28%) – стенты с лекарственным покрытием. Множественное стентирование коронарных артерий выполнено 19 (29,68%) больным.

Результаты: Непосредственные результаты стентирования: ангиографический успех (восстановление просвета артерии >80%) – 59 пациентов (92,18%); подострый тромбоз – у 2 больных (3,12%), инфарктов миокарда и смертей в раннем периоде не зарегистрировано.

Выводы: 1.Анализ непосредственных результатов коронарного стентирования демонстрирует эффективность и безопасность эндоваскулярного лечения коронарной болезни сердца даже при множественном стенозировании. 2.Перспективы в улучшении результатов лечения видим в ранней диагностике ИБС, тщательном отборе пациентов и инструмента для коронарного стентирования, обеспечении своевременной терапии сопровождения и лабораторного контроля. 3.Структура Центра позволяет эффективно производить отбор пациентов на обследование и эндоваскулярное, либо хирургическое лечение.

0949 ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ФАТАЛЬНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Фокин А.А.[1], Сощенко Д.Г.[1], Вдовин Е.В.[2], Лаптев К.В.[1]
ГОУ ДПО УГМАДО Росздрава[1], Челябинск, Россия; НУЗ «ДКБ на станции Челябинск ОАО «РЖД» [2], Челябинск, Россия

Профилактика фатальной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) у больных с тромбозами глубоких вен нижних конечностей (ТГВ) остается актуальной проблемо й в современном мире. Включает в себя, прежде всего, своевременно проводимую адекватную антикоагулянтную и дезагрегантную терапию, прием венотоников, эластическую компрессию и широко применяемую в настоящее время чрескожную имплантацию кава-фильтра (КФ) в нижнюю полую вену (НПВ).

Цель исследования: обобщить опыт имплантации кава-фильтра у больных с тромбозом илиокавального сегмента и ТГВ с целью профилактики ТЭЛА (опыт работы отделения рентгенохирургии в составе Центра сердечно-сосудистой хирургии); оценить эффективность и безопасность чрескожной имплантации кава-фильтра; провести анализ полученных данных.

Материалы и методы: В Центре сердечно-сосудистой хирургии на базе Челябинской дорожной клинической больницы за период с марта 2003 по февраль 2008 обследовано 128 пациентов с венозными тромбозами, из них пациентов с диагнозом тромбоз подкожных вен -1, ТГВ - 8, илиофеморальный тромбоз - 81, тромбоз НПВ – 32, тромбоз кава-фильтра – 6.

Всего было имплантировано 72 кава-фильтра, из них: а). постоянного типа 55 шт - 76,39% (фильтров типа «песочные часы»- 12 шт. (16,67%), фильтров типа «TrapEase» Cordis - 43 шт. (59,72%)). в). временно-постоянного типа 17 шт – 23,61% (фильтров типа «OptEase» Cordis - 8 шт. (11,11%), фильтров типа «Tulip» Cook - 9 шт. (12,5%)).

В исследование были включены все пациенты, которым был имплантирован кава-фильтр. Возраст пациентов – от 35 до 86 лет (средний – 63,66 лет). Показанием к имплантации кава-фильтра в НПВ с целью профилактики ТЭЛА являлось наличие у всех пациентов эмбологенного флотирующего тромба глубоких вен нижних конечностей или илиофеморального, либо илиокавального сегментов, в том числе осложненного ТЭЛА. Все пациенты получали антикоагулянтную и дезагрегантную терапию.

Результаты данного проспективного исследования свидетельствуют о высокой эффективности и безопасности использования пункционных КФ в профилактике ТЭЛА. Ни у одного из больных не было отмечено возникновения или рецидива легочной эмболии. Переносимость имплантации КФ в НПВ больными удовлетворительная.

Выводы: 1.Чрескожная имплантация кава-фильтра в нижнюю полую вену является эффективным способом профилактики ТЭЛА 2. Применяется с временной и с постоянной целью предотвращения ТЭЛА; 3. Безопасный способ эндоваскулярной профилактики ТЭЛА.

0950 ИРБЕРСАРТАН (АПРОВЕЛЬ) НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОДБОРА ТЕРАПИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Фомина В.А., Шишкина Л.А., Агафонова В.С., Солдатов Е.С., Пушкарева С.Ю., Глазкова Е.А., Мараховская И.Л., Добрынина Н.В.
Областной клинический кардиологический диспансер, РязГМУ имени академика И.П. Павлова, Рязань, Россия

Артериальная гипертония требует постоянного лечения индивидуально подобранными препаратами или их комбинацией. Наибольший интерес вызывают средства, которые не только снижают АД, но и обладают дополнительными, органопротективными свойствами, что при длительном их применении улучшают прогноз при АГ.

Апровель (ирбесартан) является одним из представителей данной группы препаратов, обладает мощной антигипертензивной активностью, оказывая органопротективное действие на органы-мишени, в том числе почки, и по переносимости сравнимы с плацебо.

Цель: изучить эффективность ирбесартана на начальном этапе подбора гипотензивной терапии у больных с АГ I и II степени, нарушением толерантности к глюкозе, а так же влияние проводимой терапии на качество жизни, в том числе на улучшение самочувствия и отсутствие побочных эффектов терапии.

Методы исследования: нами обследовано 11 больных с эссенциальной артериальной гипертонией (средний возраст 44,5±6,3 года), из них - 6 женщин, средний возраст 46,8 лет и 5мужчин, средний возраст 42,2 года. Длительность заболевания составила 4,3 года. Всем пациентам проводилось комплексное обследование: электро- и Эхо-КГ, осмотр глазного дна, суточное мониторирование АД и лабораторные исследования крови. До лечения пациенты предъявляли жалобы на наличие головной боли, снижение работоспособности, ухудшение памяти и внимания. Исходный средний уровень САД составил 160±19,8 мм рт.ст., ДАД 95,7±5,4 мм рт.ст., у всех пациентов была нарушена толерантность к глюкозе.

Всем пациентам были даны рекомендации по режиму, диете, здоровому образу жизни, а также назначена монотерапия: апровель в дозе 300 мг/сутки. Пациенты наблюдались в течение 4 месяцев, проводился 1 визит – 1 раз в месяц.

При повторных исследованиях гипотензивный эффект считался высоким при достижении целевого уровня АД<140/90, хорошим при снижении ДАД на 10 мм рт.ст. и более, удовлетворительный (снижение ДАД на 5-9 мм рт.ст.) эффект у данных пациентов отмечался через 1 месяц.

Результаты: через 4 месяца от начала лечения отмечалось снижение как ДАД, так и САД, целевой уровень АД отмечался у 10 из 11 пациентов. Нормализовался уровень глюкозы крови.

Таким образом, проведенное клиническое наблюдение позволяет сделать вывод о хорошей переносимости препарата, достаточной гипотензивной активности апровеля в качестве монотерапии у больных с ГБ I и II степени и нарушенной толерантностью к глюкозе.

0951 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКВАТОРА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ II-III СТЕПЕНИ; ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ

Фомина В.А., Шишкина Л.А., Агафонова В.С., Солдатов Е.С., Пушкарева С.Ю., Глазкова Е.А., Мараховская И.Л., Добрынина Н.В.
Областной клинический кардиологический диспансер, РязГМУ имени академика И.П. Павлова, Рязань, Россия

Экватор, комбинированный антигипертензивный препарат, содержащий действующие вещества: 5мг амлодипина и 10мг лизиноприла в одной таблетке.

Преимуществами использования дигидропиридинового блокатора кальциевых каналов и ИАПФ в комбинации являются: более выраженное и равномерное снижение АД; более быстрое достижение целевого АД; улучшение эндотелиальной функции; лучшая переносимость и приверженность пациента к терапии; метаболическая нейтральность обоих компонентов; кумуляция антигипертензивного эффекта.

Цель исследования: оценить гипотензивную эффективность и переносимость терапии Экватором у больных артериальной гипертонией II-III степени в течение 12-ти недель применения.

Методы: обследовано 30 пациентов (12 мужчин и 18 женщин) с АГ II-III степени в возрасте 21-57 лет (в среднем 26±0,1). Длительность АГ от 1 года до 25 лет. Средний уровень исходного АД 180,2±1,5/110,3±1,5 мм рт.ст. Больные были разделены на группы: 1-ая группа (19 больных) с АГ II степени, 2-ая группа (11 больных) с АГ III степени. Все больные получали Экватор 1 таб. в сутки. Исследовались общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические анализы: глюкоза крови, креатинин, липидный профиль, мочевая кислота, калий. Также проводились функциональные исследования: ЭКГ, Эхо-КГ, суточный мониторинг АД (СМАД). У всех пациентов не было отмечено клинически значимых отклонений лабораторных показателей. При Эхо-КГ средние показатели не превышали нормы.

Результаты: у всех больных 1 группы к концу 4-ой недели достигнут целевой уровень АД; при этом только у 7-ми больных 2-ой группы для достижения целевого уровня потребовалось назначение третьего препарата (арифон-ретард 1,5мг в сутки), хотя АД снизилось по сравнению с исходным уровнем на 18,9% САД и ДАД на 17,4% уже через 4 недели приема экватора.

Через 12 недель терапии экватором у всех больных достигнут целевой уровень АД. Средние значения - 125,7±2,1/73,7±1,5 мм рт.ст.

Переносимость препарата расценена как хорошая – за весь период исследования не было зафиксировано никаких побочных эффектов.

Таким образом, терапия экватором в течение 12 недель у больных артериальной гипертонией II-III степени показала хорошую антигипертензивную эффективность и переносимость.

0952 ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К ПАРАДОКСАЛЬНОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ЭМБОЛИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Фонякин А.В., Глебов М.В., Чечеткин А.О., Гераскина Л.А., Никитин Ю.М., Кравченко М.А.
Научный центр неврологии РАМН, Москва, Россия

Цель работы. Изучить предпосылки к парадоксальной эмболии (ПЭ), анатомические и функциональные характеристики право-левого шунта у больных разных возрастных групп с гетерогенными подтипами ишемического инсульта.

Материалы и методы. Обследовано 120 пациентов (средний возраст 52±15,4 лет), перенесших ишемический инсульт. Больных молодого возраста (до 45 лет включительно) было 40 (33%), среднего (46-59 лет) - 39 (33%), пожилого (60-74 года) и старческого (старше 75 лет) – 41 (34%) пациентов. На основании клинико-инструментального обследования определялся патогенетический подтип инсульта. Всем больным проведено транскраниальное допплеровское мониторирование средних мозговых артерий (СМА) с использованием режима микроэмболодетекции на фоне болюсного внутривенного введения контрастного вещества (взболтанная смесь 9 мл физиологического раствора, 0,5 мл аутокрови и 1 мл воздуха), трансторакальная эхокардиография с аналогичным контрастированием. 66 (55%) больным выполнена трансэзофагеальная эхокардиография (ТЭЭ). По количеству контраста, обнаруживаемого в левых отделах сердца или в СМА, судили о функциональных размерах шунта (малый, средний, большой), по времени появления контраста (раннее, позднее) – о причинах шунта (открытое овальное окно, легочный шунт).

Полученные результаты. У 79 (66%) пациентов выявлены признаки патологического право-левого шунтирования: у 55 (46%) больных – открытое овальное окно (ООО), у 24 (20%) – легочный артерио-венозный шунт (ЛШ). В молодом возрасте предпосылки к ПЭ обнаружены у 30 (75%) больных, в среднем возрасте – у 23 (59%) пациентов, в пожилом – у 26 (63%) пациентов ($p>0,05$). При этом предпосылки к ПЭ обнаружены при всех уточненных подтипах инсульта со сходной частотой: 53%-64% больных ($p>0,05$). При криптогенном инсульте (КИ) предпосылки к ПЭ выявлены у 22 (96%) из 23 больных. При этом у 19 пациентов было обнаружено ООО, а у 2 пациентов - ЛШ. ЛШ у всех больных характеризовался малым размером и носил поздний характер. При ООО функциональный шунт малого и среднего размера регистрировался с одинаковой частотой при уточненных подтипах и КИ, тогда как шунт большого размера чаще имел место при КИ (35% против 8% больных с уточненными подтипами, $p=0,0008$). По данным ТЭЭ анатомический размер ООО при КИ составил 3,2±2,7 мм и был несколько больше, чем у больных с уточненными подтипами инсульта: 2,7±1,1 мм ($p>0,05$).

Выводы. Более чем у половины пациентов с ишемическим инсультом существует предрасположенность к ПЭ, основной причиной которой является ООО. Парадоксальное право-левое центральное шунтирование в одинаковой степени регистрируется в разных возрастных группах и при различных уточненных подтипах ишемического инсульта. Наиболее часто ООО выявляется при криптогенном инсульте, причем функциональный размер шунта чаще оказывается большим, что может увеличивать риск парадоксальной церебральной эмболии.

0953 НЕЗАРАЩЕННОЕ ОВАЛЬНОЕ ОТВЕРСТИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Фонякин А.В., Глебов М.В., Чечеткин А.О., Гераскина Л.А., Никитин Ю.М., Кравченко М.А.
Научный центр неврологии РАМН, Москва, Россия

Цель исследования. Сопоставительный анализ патогенетических механизмов ишемического инсульта и клинических характеристик у больных с открытым овальным отверстием (ООО) и с отсутствием право-левого внутрисердечного шунта.

Материалы и методы. Обследовано 120 пациентов (средний возраст 52±15,4 лет), перенесших ишемический инсульт. На основании клинико-инструментального обследования определялся патогенетический подтип инсульта. Для выявления ООО всем больным проведено транскраниальное допплеровское мониторирование средних мозговых артерий с использованием режима микроэмболодетекции на фоне болюсного внутривенного введения контрастного вещества (взболтанная смесь 9 мл физиологического раствора, 0,5 мл аутокрови и 1 мл воздуха), трансторакальная эхокардиография с аналогичным контрастированием. 66 (55%) больным выполнена трансэзофагеальная эхокардиография (ТЭЭ).

Полученные результаты. По данным контрастных методов исследования и ТЭЭ, у 55 (46%) больных выявлено ООО, анатомический размер которого колебался от 1 до 12 мм, составляя в среднем 2,9±1,9 мм. Больные были разделены на 2 группы. 1 группу составили больные с ООО, 2 группу – оставшиеся 65 (54%) пациентов. Пациенты 1 группы были несколько моложе (46,7±16,0 против 55,3±13,9 лет, $p<0,05$), реже страдали артериальной гипертонией, хронической сердечной недостаточностью, мерцательной аритмией и коронарной патологией ($p<0,05$). Основные уточненные подтипы ишемического инсульта (лакунарный, кардиоэмболический, атеротромботический и прочие) у больных 1 и 2 групп регистрировались с одинаковой частотой, за

исключением криптогенного инсульта, который чаще имел место в 1 группе: 22 (40%) против 4 (6%) пациентов 2 группы ($p<0,01$).

Выводы. У половины пациентов с ишемическим инсультом обнаруживается ООО. Вместе с тем, ПЭ не является ведущим патогенетическим механизмом инсульта; инсульт при ООО преимущественно развивался по уточненному механизму, причем с той же частотой, что и при закрытом овальном отверстии. Криптогенный инсульт, ассоциирующийся с ООО характерен, в большей степени, для молодых лиц, не имеющих других факторов риска церебрального поражения.

0954 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Фонякин А.В., Гераскина Л.А., Самохвалова Е.В.
Научный центр неврологии РАМН, Москва, Россия

Введение: Вариабельность сердечного ритма (ВСР) на протяжении последних десятилетий является предметом повышенного интереса не только кардиологов, но и неврологов. В 1990 году в исследовании ESPS было показано, что у пациентов с ишемическим поражением головного мозга смертность от кардиальных причин превалирует над смертностью непосредственно от инсульта. Данные разных авторов свидетельствуют, что острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) приводит к изменению вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы, которое манифестирует снижением ВСР и ведет к увеличению риска внезапной сердечной смерти.

Цель: Изучить динамику основных параметров ВСР у больных в остром периоде ишемического инсульта и их взаимосвязь с особенностями мозгового поражения.

Методы: Обследовано 95 больных с давностью развития острой очаговой неврологической симптоматики не более 3-х суток. Из них 62 мужчины и 33 женщины. Средний возраст - 60,6±11,1 лет. Всем больным проведено полное неврологическое клинико-инструментальное обследование, включая компьютерную и магнитно-резонансную томографию (КТ/МРТ), дуплексное сканирование магистральных артерий головы (МАГ). Кардиологическое обследование состояло из электрокардиографии (ЭКГ), трансторакальной эхокардиографии и холтеровского мониторирования (ХМ) ЭКГ («Кардиотехника 4000», ИНКАРТ, Санкт-Петербург) с прицельным изучением стандартного отклонения NN интервалов (SDNN), мощности высокочастотных (HF) и низкочастотных (LF) колебаний за все сутки. Исследование ВСР проводилось дважды: в острейшем периоде инсульта (1-4 сутки, 95 больных) и по окончании острого периода (21-22 сутки, 91 больной). Контрольная группа включала 30 практически здоровых лиц, сопоставимых с основной группой по полу и возрасту.

Результаты: При анализе данных у 43% больных ишемический очаг был в зоне кровоснабжения правой каротидной системы (КС), у 38% - в левой КС и у 19% - в вертебрально-базилярной системе (ВБС). Подгруппы были сопоставимы по полу, возрасту, наличию артериальной гипертонии, атеросклеротическому поражению МАГ. В острейшем периоде инсульта и к концу острого периода в трех подгруппах значения SDNN были снижены и достоверно отличались от таковых в контрольной группе ($p<0,01$).При сопоставлении подгрупп в острейшем периоде самые низкие значения ВСР для правой КС в сравнении с левой КС и контрольной группой ($p<0,05$). К концу острого периода наблюдалось сохранение низких значений ВСР для правой КС и снижение HF и LF для левой КС и ВБС ($p=0,07$). Причем правая КС и ВБС имели достоверно более низкие показатели HF и LF по сравнению с левой КС ($p<0,05$). Подгруппы правой и левой КС не различались по другим церебральным характеристикам (множественное поражение, локализации и размерам ишемического очага в веществе больших полушарий, вовлечению островка).

Выводы: В остром периоде ишемического инсульта у больных происходит снижение показателей ВСР по сравнению с лицами контрольной группы, что указывает на вегетативную дисрегуляцию. Правосторонняя локализация связана с более выраженным снижением ВСР и более тяжелым прогнозом.

0955 ФАКТОРЫ РИСКА И СОСТОЯНИЕ КОРОНАРНОГО РУСЛА У ЖЕНЩИН С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Фрейдлина М.С., Габинский Я.Л.
Клинико-диагностический центр «Кардиология», Екатеринбург, Россия

Традиционно, женщины реже подвергаются коронарным вмешательствам, особенно в период острого инфаркта миокарда (ОИМ), не смотря на то, что летальность от ОИМ у женщин, почти в 2 раза выше, чем у мужчин.

Целью настоящей работы было изучение состояния коронарного русла, факторов риска и влияния коронарных вмешательств на стационарную летальность у женщин с ОИМ.

Материалы и методы. В исследование вошли 106 женщин с ОИМ, поступивших КДЦ «Кардиология» в 2007г в возрасте от 35 до 82 лет (средний возраст – 64,9±9,9 лет), подвергшихся коронарографии. У 76 пациенток (71,7%) одномоментно с коронарографией было проведено стентирование инфаркт-зависимой артерии на коронароангиографической установке с цифровой обработкой AXIOM artis (Simens).

Результаты. Наиболее значимым фактором риска являлась артериальная гипертония, которая регистрировалась в 91,5%, курящими было 13,3% женщин, однако среди молодых женщин, в возрасте до 50 лет курящих было 77,8%, у 10,4% исследованных женщин была выявлена хроническая анемия. У 34,4% женщин с первичным ОИМ отсутствовали клинические признаки стенокардии до возникновения заболевания, у 10,7% наблюдался короткий (менее 7 дней) предынфарктный период. При коронарографии у большинства пациенток было выявлено поражение 3-х и более коронарных сосудов (61,2%) и еще у 20,7% больных выявлено 2-х сосудистое поражение. При этом поражение ствола левой коронарной артерии было выявлено только в 6,6% случаев. С возрастом доля 3-х сосудистого поражения коронарного русла возрастала с 22,2% у женщин младше 50 лет до 78,0% у женщин старше 70 лет. Обращало внимание, что множественное поражение сосудов значительно преобладало над однососудистым поражением во всех возрастных группах, включая и женщин младше 50 лет.

Анализируя стационарную летальность среди женщин с ОИМ, поступивших на лечение КДЦ «Кардиология» г.Екатеринбурга в 2007г, было выявлено, что среди женщин, которым не проводились инвазивное обследование и лечение, летальность составила -19,2%, в то время как у женщин, которым проведено стентирование инфаркт-зависимой коронарной артерии она не превышала 7,9%.

Выводы. У женщин с ОИМ имеет место преимущественно многососудистое поражение коронарного русла, не зависимо от их возраста. Стволовое поражение левой коронарной артерии встречается весьма редко в 6,6% случаев. Ведущим фактором риска развития ОИМ у женщин является гипертоническая болезнь (91,5%), а у молодых - (младше 50 лет) еще и курение (77,8%). Применение стентирования коронарных артерий у женщин с ОИМ снижает стационарную летальность более чем в 2 раза (на 58,8%).

0956 ГЕНДЕРНОЕ ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Фрейдлина М.С., Габинский Я.Л., Оранский И.Е.
Клинико-диагностический центр «Кардиология», Екатеринбург, Россия

Летальность от ОИМ, является основной составляющей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, занимая первое место. Стационарная летальность у женщин при остром инфаркте миокарда (ОИМ) стабильно превышает мужскую.

Целью настоящей работы было изучение особенностей летальных исходов и осложнений ОИМ у мужчин и женщин.

Материалы и методы. В исследование вошли 6247 пациентов с ОИМ, поступивших КДЦ «Кардиология» за последние 5 лет в возрасте от 31 до 92 лет, из них женщин – 2584. Средний возраст мужчин 62,3±11,9 лет, а женщин - 71,7±9,7 лет (p<0,05). Ретроспективно анализировались истории болезни и патолого-анатомические заключения с последующей статистической обработкой полученных данных.

Результаты. Течение ОИМ у женщин чаще осложнялось отеком легких (16,2%) и различными нарушениями ритма (59,7%), причем у 30,3% женщин регистрировались сочетанные нарушения ритма. Чаще чем у мужчин регистрировались аневризмы сердца (4,6% у женщин и 2,4% у мужчин). Ранние постинфарктные стенокардии и рецидивы ИМ несколько чаще, но не достоверно, наблюдались у мужчин (18,2% у женщин и 23,0% у мужчин), но достоверных различий нет (p>0,05). Летальность у женщин от ОИМ значительно превышала таковую у мужчин (17,0% и 9,9% соответственно). Обращало на себя внимание, что наиболее существенны эти различия были в случаях первичного ОИМ (15,0% и 6,1%), чем повторного (21,3% и 18,2% у женщин и мужчин соответственно). Если у женщин летальность при повторном ОИМ возрастала в 1,4 раза, то у мужчин этот показатель при повторном ОИМ увеличивался в 3 раза. У женщин достоверно чаще, чем у мужчин, развивался кардиогенный шок (6,3% и 3,8%, p<0,05). При первичном ОИМ эти различия составляли 2,6 раза, а при повторном ОИМ они практически стирались. Такая же картина отмечалась при сравнительном анализе частоты разрывов миокарда. У женщин разрывы миокарда регистрировались в 2 раза чаще, особенно при первичном ОИМ, при повторном ОИМ половые различия стирались. Не выявлено различий и в возникновении смертельных тромбоэмболий у мужчин и женщин.

Выводы. ОИМ у женщин чаще, чем у мужчин, осложняется развитием отека легких, нарушениями ритма и развитием острой аневризмы. Половые различия в летальности и развитии смертельных осложнений, таких как кардиогенный шок и наружный разрыв, особенно выражены только при первичном инфаркте миокарда.

0957 БЕССИМПТОМНЫЕ ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА

Фрейдлин М.С., Петрова А.В.
ГУЗ СО «Клинико-диагностический центр «Кардиология», Екатеринбург, Россия

Цель исследования: выявление бессимптомных желудочковых нарушений ритма, которые представляют опасность для жизни пациентов, с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы: обследовано 56 пациентов (30 мужчин и 26 женщин) в возрасте от 29 до 75 лет, не отмечающих нарушений ритма. Всем больным проводилось клиническое и лабораторное обследование, запись ЭКГ, 24-х часовое ЭКГ мониторирование по Холтеру. По показаниям проводилось эхокардиографическое исследование и велоэргометрия. По результатам обследования было выделено четыре группы пациентов: в первую группу вошли пациенты с гипертонической болезнью II-III стадии (27 человек); вторую группу составили пациенты с гипертонической болезнью в сочетании с ишемической болезнью сердца – стабильная стенокардия и перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе (11 человек); в третью группу были выделены пациенты с ишемической болезнью сердца (6 человек); в четвертой - контрольной группе - были пациенты без сердечно-сосудистой патологии (12 человек). Анализировали частоту сердечных сокращений, выявляемые нарушения ритма и проводимости, динамику изменений сегмента ST.

Результаты: В контрольной группе у 3-х из 12 практически здоровых лиц были выявлены редкие одиночные желудочковые экстрасистолы. У 19 из 27 больных гипертонической болезнью (первая группа наблюдаемых) были выявлены мономорфные монотопные желудочковые экстрасистолы, у 6-ти из этих 19 больных были выявлены полиморфные парные желудочковые экстрасистолы (более высоких градаций по Lown), у одного больного был выявлен короткий пароксизм неустойчивой желудочковой тахикардии. У 4 из 11 больных второй группы (сочетание гипертонической болезни и ИБС) регистрировались одиночные мономорфные желудочковые экстрасистолы, у 3-х (из 4-х пациентов) желудочковые экстрасистолы более высоких градаций (3-4 класс по Lown), у одного пациента - пароксизмы неустойчивой желудочковой экстрасистолии. У 4-х из 6 пациентов с ИБС была зафиксирована как одиночная желудочковая экстрасистолия, так и желудочковая экстрасистолия более высоких градаций.

Выводы: Частота бессимптомных желудочковых нарушений ритма у больных ишемической болезнью сердца в сочетании с гипертонической болезнью, так и без нее, выше, чем у больных гипертонической болезнью и практически здоровых лиц. У лиц без клинических проявлений аритмий желудочковые нарушения ритма выявляются в 51,8% наблюдений и почти в половине случаев -23,2 % выявляется желудочковая экстрасистолия более высоких градаций (3-4 класс по Lown).

0958 АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПОЖИЛЫХ

Фрид С.А., Мустафин Х.М., Бакулина И.А., Максютова С.С., Гиниятуллин С.М., Фаррахова Ф.И., Еникеев Ю.В.
БГМУ, Городской госпиталь ветеранов войн, Уфа, Россия

Цель работы: сравнение клинической эффективности комбинированной антигипертензивной терапии антагонистом рецепторов ангиотензина II (АРА) в сочетании с тиазидным диуретиком (ко-диован 80/12,5 мг, Novartis Pharma, Швейцария) и ингибитором АПФ с тиазидным диуретиком (берлиприл 20 мг, Berlin Chemie + гипотиазид 12,5 мг, Chinoin, Венгрия).

Материалы и методы: Обследовано 40 пациентов (17 мужчин и 23 женщины), страдающих гипертонической болезнью II стадии, III степени, риск 3-4, ранее систематически не лечившихся. Средний возраст больных -75,35±8,29 лет. Пациенты были разделены на две группы по 20 человек. В основной группе больные получали Ко-диован (80/12,5), в группе сравнения – берлиприл 20 мг + гипотиазид 12,5 мг. Срок наблюдения - один месяц. Оценивали время достижения целевого АД, диастолическую функцию и индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЖ), когнитивный статус по шкале MMSE, параметры углеводного и липидного обмена.

Результаты: Целевого АД достигли в основной группе - на 5-й день лечения, а в группе сравнения - на 8-е сутки. К 5 дню лечения разница в АД между группами становится достоверной (P<0,01). Дополнительная антигипертензивная терапия понадобилась в 10% случаев в основной группе, и в 30% в группе сравнения. Уровень альфа – холестерина исходно был ниже нормальных значений в обеих группах, к концу терапии появилась тенденция к увеличению в основной группе (0,05<P<0,1). Гликемия натощак в обеих группах исходно и в процессе лечения не отличалась от нормы. В динамике у больных основной группы, с 10 дня наблюдения наметилась тенденция к уменьшению гликемии по сравнению с исходными значениями (0,05<p<0,1). Эта же динамика прослеживалась до 30 дня лечения (0,05<p<0,1), в отличие от группы сравнения. К 30 дню наметились различия между сравниваемыми группами. Количество баллов по шкале MMSE достоверно увеличилось в каждой группе к 30 дню, но достоверно различалось между группами в пользу основной (P<0,001). Исходно ИММЛЖ у мужчин в основной и в группе сравнения составлял соответственно 126,2±1,15 и 125,7±0,94 г/м2 , на 30 день лечения 122,1±0,86 (P1 день леч<0,01), и 124,3±0,9 (0,05<Росн. 30 день< 0,1). У женщин в основной группе 112,1±1,04, в группе сравнения 111,8±0,96; на 30 день лечения в основной группе 108,2±0,71 (P1день леч.< 0,01), в группе сравнения 110,1±0,85 (0,05<Росн. 30 день< 0,1). Соотношение скоростей доплеровских кровотоков к 30 дню в основной группе также как и соотношение волн Е к волнам А, достоверно увеличилось. В группе сравнения к увеличению наметилась лишь тенденция. К концу наблюдения прослеживается тенденция в изменении диастолической функции в сравниваемых группах.

Выводы: Комбинация АРА II с гипотиазидом оказывает более благоприятное влияние на диастолическую функцию, когнитивный статус и метаболический профиль пожилых пациентов, а также позволяет быстрее достичь АД без вспомогательной терапии.

0959 АНАЛИЗ ТОЧНОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ЧАСТОТЫ ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Фурман Н.В., Щетинкина И.Н., Довгалевский Я.П., Ефремов С.В., Каткова Л.А.
ФГУ Саратовский НИИ кардиологии, Саратов, Россия

Цель – оценка точности диагностики, частоты ошибок и осложнений при проведении тромболитической терапии (ТЛТ) на догоспитальном (ДГ ТЛТТ) и госпитальном (Г ТЛТ) этапах оказания помощи больным ИМ в реальной практике.

Материалы и методы. С ноября 2006г по март 2008г ДГ ТЛТ проведена кардиологическими бригадами «Скорой медицинской помощи» (СМП) 80 пациентам (средний возраст 54,9 лет), Г ТЛТ – персоналом отделения интенсивной терапии 78 пациентам (средний возраст 56,5 лет). Показания и противопоказания для проведения ТЛТ соответствовали рекомендациям ВНОК (2007г). По основным клинико-анамнестическим характеристикам группы были сопоставимы.

Результаты. Точность диагностики острого ИМ в группе ДГ ТЛТ была высокой, частота ошибочного определения показаний для ТЛТ составила 5%, в группе Г ТЛТ – 3,75%. Наиболее частая причина ошибок – ЭКГ - синдром ранней реполяризации.

В первые сутки пребывания в стационаре в основном отмечались подкожные гематомы и кровотечения из мест венепункции, частота которых была одинаковой в обеих группах и составила около 6%. У 2 пациентов группы Г ТЛТ было кровотечение из острых эрозий и язвы желудка, не потребовавшее переливания крови.

За период наблюдения в стационаре фибрилляция желудочков развивалась у 3,75% больных в группе ДГ ТЛТ и 5% в группе Г ТЛТ. Возвратная неустойчивая желудочковая тахикардия наблюдалась у 7,5% пациентов в группе ДГ ТЛТ и 8,75% пациентов группы случаях Г ТЛТ. В 8,75% случаев в группе ДГ ТЛТ и 12,5% случаев в группе Г ТЛТ наблюдались преходящие нарушения проводимости и суправентрикулярные нарушения ритма. Острая сердечная недостаточность (ОСН) III- IV класса по Killip наблюдалась у 13,75% пациентов в группе ДГ ТЛТ против 28,75% в группе Г ТЛТ

Летальность в группе ДГ ТЛТ составила 7,5 %, в группе Г ТЛТ 11,25%.

Заключение. ДГ ТЛТ в условиях реальной клинической практики не сопровождается увеличением частоты осложнений, ассоциируясь при этом с тенденцией к уменьшению случаев ОСН и летальности. Персонал кардиологических бригад СМП достаточно квалифицирован, чтобы поставить правильный диагноз ИМ и принять решение о проведении ТЛТ.

0960 ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ВНУТРИКЛЕТОЧНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ НЕЙТРОФИЛОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ

Хабарова И.В., Кратнов А.Е., Румянцев М.И., Климачева О.В., Мороз Н.Г., Демьянкова Ю.О.
Государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Цель исследования – изучение показателей кислородзависимого метаболизма и антиоксидантной защиты нейтрофилов у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и здоровых людей.

Материалы и методы. В исследование были включены 60 пациентов с ИБС (средний возраст 68,1±11,1 года), среди которых 22 (36,7%) были с нестабильной стенокардией и 38 (63,3%) с инфарктом миокарда. В качестве группы сравнения были обследованы 23 здоровых пациента (средний возраст 37±14,5 года). Для исключения ИБС пациентам выполнялась электрокардиография (ЭКГ), велоэргометрия, холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиография. С целью изучения внутриклеточной метаболической активности нейтрофилов использовался спонтанный и стимулированный тест восстановления нитросинего тетразолия (НСТ), определение в клетках активности миелопероксидазы, каталазы, глутатионредуктазы, лактата и пероксида водорода.

Результаты. У больных ИБС, в отличие от здоровых, при поступлении в стационар наблюдались достоверно более высокие уровни лактата, пероксида водорода, миелопероксидазы, а также меньше активность каталазы в фагоцитах, на фоне роста содержания С-реактивного белка и количества нейтрофилов в периферической крови. В течение года наблюдения у 7 (11,6%) больных ИБС наступила коронарная смерть. У умерших пациентов, в отличие от больных с благоприятным исходом, при поступлении в стационар были достоверно выше показатели спонтанного и стимулированного НСТ (129,2±16,7 >118,5±15,7 нмоль восстановленного НСТ; p=0,04), ниже активность глутатионредуктазы в клетках (33,1±14,7 <72,7±53,6 нмоль л-1 сек-1; p=0,01) на фоне увеличения уровня циркулирующих иммунных комплексов. Из обследованных пациентов курили 20 (24,1%) человек, поровну среди здоровых и страдающих ИБС. У курящих пациентов, как с ИБС, так и здоровых, по сравнению с некурящими, при поступлении в стационар наблюдались более высокие показатели спонтанного НСТ (117,1±10,5 >107,2±20,8 и 111,3±19,5 >99,6±19,6 нмоль восстановленного НСТ). При этом у курящих здоровых людей, в отличие от некурящих, также был достоверно выше показатель стимулированного лектином НСТ (133,4±17 >103,2±16,4 нмоль восстановленного НСТ; p=0,03), который не отличался от значений при ИБС (121,5±25,6 >103,2±16,4 нмоль восстановленного НСТ; p=0,04). Это может свидетельствовать не только о росте активности мембранной НАДФ-оксидазы нейтрофилов, но и повышении чувствительности клеток к вторичным стимулам, т.е. скрытой переадаптации (праймировании) фагоцитов под влиянием курения. Не исключено, что никотин способствует образованию активных форм кислорода в нейтрофилах за счет реактивных сдвигов на рецепторном уровне клеток. Влияния курения на антиоксидантную защиту в фагоцитах не выявлялось.

Заключение. Курение как у больных ИБС, так и здоровых людей сопровождается увеличением образования нейтрофилами активных форм кислорода, что может способствовать развитию окислительного стресса.

0961 ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ ЦИТОКИНОВ И БЕЛКОВ ОСТРОЙ ФАЗЫ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Хавка Н.Н., Чукаева И.И., Орлова Н.В.
ФГМУ Медицинский Центр при Спецстрое России, Москва, Россия; ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

Целью нашего исследования явилось изучение активности цитокинов (TNF-α, IL-6, IL-10, IL-4) и острофазовых белков (БОФ) - СРБ, фибриногена у больных с артериальной гипертонией (АГ) и нарушениями углеводного обмена на фоне абдоминальной формы ожирения.

Материалы и методы: В исследование были включены 86 человек, мужчины, имеющие признаки центрального ожирения - окружность талии более 94 см.(IDF 2005 год); соотношение ОТ/ОБ более 1,0; и повышение АД: САД более 139 мм. рт. ст. или ДАД более 89 мм. рт.ст. Все пациенты имели ожирение различной степени, классифицируемое по ИМТ: от избыточной массы тела, до ожирения III степени. Пациенты были разделены на две группы: 1-ая группа мужчины (n=31), с сахарным диабетом 2 типа и нарушением толерантности к углеводам, средний возраст

44±3,3 года, ИМТ(34,9±3,6); 2-ая группа - без нарушений углеводного обмена (n=55), средний возраст 39±6,3 года, ИМТ (33,9±3,8). Всем пациентам проводились измерения роста, массы тела, окружности талии, бедер; исследование клинического анализа крови, мочи, гликемии натощак, биохимических показателей сыворотки крови. Определение уровней TNF-α, IL-6, IL-10, IL-4, проводилось на базе Медицинского центра, наборами фирмы «Прокон» г. Санкт-Петербург; фибриногена - реактивами фирмы «Trinity Biotech»; определение высокочувствительного СРБ - на базе лаборатории INVITRO. Полученные данные обработаны на персональном компьютере с использованием программ «Excel» и «Biostat». Уровень значимости $p<0,05$ рассматривали как достоверный.

Результаты: При сравнении 2-х групп нами выявлено, что средние показатели провоспалительных цитокинов TNF-α и IL-6 были достоверно выше в 1 группе больных АГ с абдоминальным ожирением и нарушениями углеводного обмена и составили: TNF-α - 3,9±0,8 пкг/мл, во 2 группе - 2,06±0,3 пкг/мл. IL-6 в 1 группе - 1,6±0,25 пкг/мл, во 2-ой - 1,3±0,26 пкг/мл. В нашем исследовании уровни противовоспалительных цитокинов имели противоположную тенденцию – определялись достоверно более низкие концентрации ИЛ-10 в плазме у пациентов 1 группы - 37,41±10,3 пкг/мл, в сравнении со 2-ой - 108±27,5 пкг/мл, а так же отмечались более низкие уровни IL-4. При сопоставлении показателей фибриногена и СРБ в 2 группах больных были выявлены достоверно более высокие их концентрации в 1 группе: фибриноген - 3,4±0,2 ммоль/л и СРБ - 4,3±0,5 мг/л, в сравнении со 2 группой: фибриноген - 3,1±0,1 ммоль/л и СРБ - 2,6±0,3 мг/л соответственно.

Выводы: У пациентов артериальной гипертонией на фоне абдоминальной формы ожирения и нарушениями углеводного обмена определяются более высокие уровни провоспалительных цитокинов TNF-α, IL-6, и острофазных белков - СРБ и фибриногена и снижение концентрации IL-4; IL-10. Выявленные изменения уровней воспалительных показателей могут свидетельствовать о дополнительном патогенетическом влиянии воспаления на развитие нарушений углеводного обмена у больных артериальной гипертонией.

0962 ПАТОЛОГИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ: ЖЕСТКОСТЬ СОСУДОВ И МИКРОАЛЬБУМИНУРИЯ

Хаишева Л.А., Кательницкая Л.И., Глова С.Е.
ГОУ ВПО РостГМУ Росздрава, Ростов-на-Дону, Россия

Цель: изучение жесткости сосудистой стенки, микроальбуминурии у пациентов с артериальной гипертонией (АГ).

Методы: Под наблюдением находились 42 больных с мягкой и умеренной АГ, в возрасте в среднем (60,3±0,83 года) года, с длительностью заболевания (10,3±0,69) года. Методом объемной сфигмографии обследовали больных, с целью изучения скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) с помощью системы «Поли-Спектр». ООО «Нейро-Софт» г. Иваново. СРПВ оценивали по следующим параметрам: СРПВ по артериям мышечного типа (См) [м/с]; СРПВ по артериям эластического типа (Сэ) [м/с]. Для определения микроальбуминурии использовали микраль-тест (тест-полоски для определения микроальбуминурии до 100 мг\л, производство фирмы «Рош Диагностика ГмбХ», ФРГ). Аналитическая чувствительность: пороговое значение (cut-off) >20 мг\л: >95% (границы 90-99%), аналитическая специфичность: пороговое значение (cut-off) >20 мг\л: >80% (границы 70-90%). Нижняя граница определения: 20 мг\л. Референтный метод: количественное иммунологическое определение. Статистическая обработка данных проведена с использованием программы статистического анализа «Statistica. 6» (Statsoft, США).

Результаты: Все включенные в исследование пациенты были старше 50 лет в связи с этим половые особенности в нашем исследовании не учитывались и не определялись. Средний уровень систолического АД (САД) по группе составил 163,3±1,14 мм рт.ст., а диастолическое давление (ДАД) равнялось 95,3±0,26 мм рт.ст. При оценке ИМТ выявлено, что лишь 4,9% пациентов (2 человека) имели нормальную массу тела, у 28,6% обследованных (12 человек) наблюдалась избыточная масса тела, а у 22 больных (52,3%) ожирение первой степени, 14,2% пациентов (6 человек) имели ожирение второй степени. Среднее значение ИМТ по группе составило 29,9±0,38 кг/м^2. При оценке МАУ у пациентов, выявлено, что она наблюдается у 26,2% обследованных (11 человек). Хорошо известна взаимосвязь между МАУ и ожирением: вероятно, именно этим фактом и можно объяснить полученные нами результаты, столь высокий процент МАУ среди гипертоников, поскольку только два пациента из набранных в исследование имели нормальный ИМТ. У 29 пациентов (69% обследованных) с АГ имеются нарушения СРПВ по Сэ, в виде повышения данного показателя 12,72±0,68 м/с . Нами получена прямая нелинейная корреляционная взаимосвязь между возрастом и СРПВ в артериях эластического типа ($r=0,51$, $p<0,001$). СРПВ по сосудам мышечного типа имеет незначительные нарушения в виде тенденции к увеличению данного показателя в среднем по группе 8,84±0,72 м/с, нами не выявлено корреляционных взаимосвязей данного показателя с возрастом. При проведении корреляционного анализа выявлена прямая достоверная связь средней силы между СРПВ по сосудам эластического типа и МАУ ($r=0,43$, $p<0,05$).

Выводы: у пациентов с гипертонической болезнью и повышенным индексом массы тела процент выявления МАУ выше, чем в общей популяции больных АГ. МАУ ассоциируется с повышенной жесткостью сосудистой стенки.

0963 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЕДИКАРДОЛА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Хайло Н.В., Лынник Л.В, Спандерашвили И.Н., Шелудько Ю.Н.
РостГМУ, областная больница №2, Ростов-на-Дону, Россия

На сегодняшний день целесообразность лечения АГ не вызывает сомнений. Целью лечения АГ является снижение заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых событий. В метаанализе ряда крупных контролируемых исследований было подтверждено, что β-блокаторы и диуретики дали ту же степень снижения риска ССО, что и другие антигипертензивные средства. С широким внедрением в медицинскую практику β-блокаторов нового поколения расширились возможности лечения больных АГ с сопутствующей патологией.

Целью исследования была оценка эффективности лечения АГ I-II ст. ведикардолом (карведилолом) у больных с избыточной массой тела.

Методы исследования: Проведено лечение 20 пациентов (ср. возраст 52,6+1,1 год) АГ I-II ст. ведикардолом (25-50 мг/сутки в 2 приема) в течение 12 недель. В случае недостаточного гипотензивного эффекта спустя 4 недели от начала терапии больным назначали амлорус (5-10 мг/сутки в 1 прием). Ряду пациентов помимо офисных измерений АД было проведено суточное мониторирование АД (СМАД). Всем пациентам осуществлялся лабораторный контроль липидного спектра и гликемии.

Результаты: Целевой уровень АД достигнут у 78% пациентов при офисной оценке. За время наблюдения САД снизился на 23 мм рт.ст., что составило 14% от исходного. ДАД снизился на 12,9 мм рт.ст., что составило 13% от исходного показателя. В целом по группе САД и ДАД составили 158,5±10 мм рт.ст. и 95,1±9 мм рт.ст. в исходном состоянии по сравнению с 135,5±11 мм рт.ст. и 82,2±5 мм рт.ст. в конце исследования. ЧСС существенно уменьшился (62±1 уд/мин против 77 уд/мин в начале исследования). По данным СМАД к концу 12 недели терапии статистически достоверно уменьшилась исходно повышенная вариабельность САД и ДАД, как в период бодрствования (25% и 21%), так и в период сна (25,7 % и 24, %). Масса тела пациентов снизилась с 88,1±12 кг до 84,9±11 кг в среднем по группе. ИМТ снизился с33,6±3,3 кг/м^2 до 31,3±3,2 кг/м^2 через 12 недель ($p<0,01$). При оценке действия ведикардола на параметры липидного обмена и гликемии установлена метаболическая нейтральность.

Выводы: Ведикардол у пациентов АГ с метаболическими нарушениями вызывает значимый гипотензивный эффект. Данный препарат является безопасным, что делает его важным средством для длительной терапии.

0964 ФУНКЦИОНАЛЬНО-ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ У БОЛЬНЫХ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АНТИДЕПРЕСАНТА ЗОЛОФТА

Хамидов Н.Х, Хурсанов Н.М, Умаров А.А., Нисанбаева З.Х. Киемидинов Х.Х.
Таджикский госмедуниверситет, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: оценить ортостатическую реакцию у больных изолированной систолической артериальной гипертонией при применении антидепрессанта нового поколения золофта - селективного ингибитора обратного захвата серотонина.

Методы исследования: обследовано 32 больных изолированной систолической артериальной гипертонией с расстройством депрессивного спектра в возрасте от 60 до 76 лет, 18 женщин 14 мужчин. Выраженность аффективных нарушений оценивалась по шкале депрессии Hamilton (HDRS), в исследование включены больные суммой ≥15 баллов.

Золофт назначался в суточной дозе 50 мг. В качестве гипотензивного препарата больные получали липразид (лизиноприл 10 мг + гидрохлортиазид 12,5 мг) 1 раз в сутки. До начала и после 7–8 недельного курса лечения исследовали центральную и мозговую гемодинамику методом тетраполярной импедансной реографии. Для оценки постуральных реакций использовалась активная ортостатическая проба. Определяли следующие показатели: ударный и минутный объемы крови и соответствующие индексы, объемная скорость выброса, общее периферическое сопротивление сосудов, процентное отношение объемной скорости церебрального кровотока к минутному объему крови и абсолютная величина объемной скорости церебрального кровотока.

Полученные результаты: в конце курса лечения сдвиги в реакциях системной и мозговой гемодинамики при ортостатической пробе характеризовались менее выраженным, чем до лечения уменьшения ударного (на 22,6% против 23,2%) и сердечного индекса (на 0,5% против 6,4%), а также объемной скорости выброса (на 4,3% против 13,7%). Выраженная лабильности сердечных сокращений сменилась вполне адекватной (на 18,7% против 23,7% до лечения). Что касается общего периферического сопротивления, то различия их до и после пробы были несущественными. Такая перестройка способствовала тому, что величины систолического и диастолического артериального давления существенно не изменились. Колебания абсолютной величины объемной скорости церебрального кровотока были незначительными, т.е. переход в вертикальное положение существенно не отразился на характере мозгового кровообращения.

Выводы: полученные результаты исследования дают основание полагать, что применение антидепрессанта золофта - селективного ингибитора обратного захвата серотонина в комбинации с липразидом при изолированной систолической артериальной гипертонии с расстройством депрессивного спектра не ухудшает функционально – приспособительные реакции при переходе из горизонтального положения в вертикальное и может быть использован в комплексной терапии данной категории больных.

0965 ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ С УЧЕТОМ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Хамидуллаева Г.А.
Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить эндотелийзависимую вазодилатацию (ЭЗВД) плечевой артерии у больных эссенциальной гипертонией (ЭГ) с учетом полиморфизма генов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС).

Материалы и методы исследования. В исследование включены 150 больных с I-II степени АГ (ВОЗ/МОГ, 1999), мужчин узбекской национальности, в среднем возрасте 46.9±9,5 лет. Методом ПЦР амплифицировали следующие полиморфные участки генов-компонентов РААС: I/D полиморфизма гена ангиотензинпревращающего фермента (ACE), A1166C полиморфизма гена рецепторов 1 типа ангиотензина II (AT1R), C-344T полиморфизма гена альдостеронсинтазы (CYP11B2), и M235T полиморфизма гена ангиотензиногена (ANG). По результатам генотипирования определяли II-, ID-, DD- генотипы гена ACE, AA-, AC-, CC- генотипы гена AT1R, CC-, CT-, TT- генотипы гена CYP11B2, MM-, MT-, TT- генотипы гена ANG. Функцию эндотелия определяли на ультразвуковом аппарате «Sonoline versa pro» (SIEMENS, Германия). Оценивали ЭЗВД по приросту диаметра (ΔD%) плечевой артерии (ПА) в тесте с реактивной гиперемией. Выделяли сохранную ЭЗВД (ΔD>10%), нарушенную ЭЗВД (0<ΔD<10%) и парадоксальную вазоконстрикцию (ΔD<0).

Результаты исследования. При изучении распределения частот генотипов изученных генов выявлено достоверное преобладание ID-, CT-, MT- генотипов генов ACE, CYP11B2, ANG соответственно, и AA- генотипа гена AT1R. Анализ вазорегуляторной функции эндотелия не выявил достоверных различий по ЭЗВД ПА с учетом I/D-полиморфизма гена АПФ. При распределение частот генотипов гена AT1R выявлено наличие CC-генотипа только в группе больных с парадоксальной вазоконстрикцией – 5,3% случаев (p=0,064, χ^2=5,5), при этом отмечалось накопление C-аллеля у больных с парадоксальной вазоконстрикцией по сравнению с больными, со сниженной и сохранной ЭЗВД, p=0,029, χ2 =7,10. Носительство C-аллеля ассоциировалась с достоверной глубиной поражения ЭЗВД по сравнению с A-аллелем гена AT1R: 0,94±9,91% против 3,89±7,80%, p=0,031. В группах больных с различным состоянием ЭЗВД с учетом носительства генотипов гена CYP11B2 отмечено определенное накопление CT-гетерозигот во всех случаях при отсутствии достоверных различий. Отмечено накопление MT-генотипа гена ANG в группах больных с различной ЭЗВД, с тенденцией к превалированию M-аллеля (p=0,07, χ^2=9,2) в группе с сохранной ЭЗВД. В группе больных с MT-генотипом наиболее часто встречалась парадоксальная вазоконстрикция, и ΔD% был достоверно ниже, по сравнению с MM-генотипом: ΔD 2,09±7,77% против 6,47±9,55% (p=0,036).

Выводы: Отмечена ассоциация CC-генотипа и C-аллеля гена AT1R, MT-генотипа гена ANG с нарушением ЭЗВД плечевой артерии у больных ЭГ узбекской национальности.

0966 КОМПОНЕНТНЫЙ СОСТАВ МАССЫ ТЕЛА В ПРОГНОЗЕ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У МУЖЧИН СЕЛЬСКОГО КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ ЭВЕНКИИ

Хамнагадаев И.И., Поликарпов Л.С., Яскевич Р.А.
ГУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск, Россия; ГОУ ВПО «Красноярская государственная медицинская академия федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Красноярск, Россия

Цель исследования. Разработать прогноз развития артериальной гипертонии (АГ) у мужчин сельского коренного населения Эвенкии

Методы исследования. Анкетирование, антропометрия с расчетом компонентного состава массы тела, измерение артериального давления, клинический осмотр, математическое моделирование. Обследовано методом сплошного осмотра с охватом не менее 75% в трех типичных поселках Эвенкии 212 мужчин (эвенков) сельского коренного населения в возрасте 20-59 лет.

Полученные результаты. Для разработки прогноза развития артериальной гипертонии использованы непараметрические алгоритмы распознавания образов. Из полученных данных антропометрии анализировались: три основных компонента массы тела (абсолютная масса мышечной ткани, абсолютная масса костной ткани, общее количество жира), дистальные диаметры конечностей, величина складок. Введены уровни состояний сердечно-сосудистой системы, соответствующие классам в многомерном пространстве антропо-физиологических признаков, сформированы обучающие выборки, выбраны информативные наборы признаков. Получен набор номограмм прогноза развития артериальной гипертонии у мужчин сельского коренного населения Эвенкии. Величина общего количества жира в построении прогноза развития АГ у мужчин сельского коренного населения Эвенкии оказалась неинформативной. Из множества признаков информативными оказались: абсолютная масса мышечной ткани, абсолютная масса костной ткани, дистальный диаметр плеча и складка предплечья, индекс массы тела и возраст. Например, на номограмме прогноза развития АГ у мужчин сельского коренного населения Эвенкии в зависимости от величины абсолютной массы мышечной ткани (АММТ) и величины складки предплечья выделены три области: низкого, среднего и высокого риска. Обращает внимание то, что область низкого риска развития АГ располагается в области высоких значений АММТ. Увеличение АММТ сопровождается ростом безопасных значений величины складки предплечья. При высоких значениях АММТ у эвенков риск низкий и величина складки предплечья не оказывает влияния на прогноз. При низких значениях АММТ риск развития АГ высокий и не зависит от величины АМКТ. Наибольший риск развития АГ при высоком нормальном артериальном давлении. Для определения прогноза развития АГ у индивидуума необходима оценка риска по всему набору номограмм.

Выводы. Результаты математического моделирования, представленные в виде прогнозных номограмм, позволяют в графическом виде отобразить области распределения высокого и низкого риска развития артериальной гипертонии у мужчин коренного населения Эвенкии, и не только оценить риск, но и выделить ведущие факторы, определяющие нахождение в зоне высокого риска, и, воздействуя на них, проводить профилактические мероприятия.

0967 ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПАРАСИМПАТИЧЕСКИХ ФЕНОМЕНОВ КАК ОТВЕТ АТРИАЛЬНЫХ ГАНГЛИОНАРНЫХ СПЛЕТЕНИЙ ПРИ ПРОЦЕДУРЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ.

Харац В.Е., Колунин Г.В., Белоногов Д.В., Павлов А.В., Рычков А.Ю.
Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Целью работы явилась идентификация различных нарушений синоатриальной и атриовентрикулярной проводимости в качестве ответа атриальных ганглионарных сплетений при процедуре радиочастотной аблации фибрилляции предсердий (РЧА ФП).

Материал и методы: Процедура РЧА ФП с использованием анатомического подхода –созданием линейных воздействий по периметру устьев легочных вен (УЛВ) в условиях нефлюроскопического картирования (“CARTO XP”, C.Pappone, Milan) была выполнена 121 пациенту (76 мужчин и 45 женщин; средний возраст 56,3±11,5 лет). У всех пациентов была выполнена РЧ-изоляция УЛВ двумя коллекторами, из них у 93 (76,9%) - с частичной модификацией субстрата левого предсердия с созданием линий в области «истмуса», «крыши» и задненижней стенки ЛП. У части пациентов (38 человек, 31,4%) процедура дополнялась абляцией парасимпатических фокусов в ЛП, оцениваемых по возникновению вагосимпатических рефлексов (24 мужчины и 14 женщин; средний возраст 52,8±9,1 лет). Степень воздействия на паравертебральные ганглионарные волокна (ПГС) оценивалась также исходя из данных анализа вариабельности сердечного ритма (ВРС) по результатам суточного ЭКГ-мониторирования. Рассматривались такие стандартные показатели ВРС, как SDNN и rMSSD, а также соотношение мощности низких и высоких частот спектра - LF/HF.

Результаты. Выявленные вагосимпатические феномены были представлены в виде: выраженной депрессии синусового узла вплоть до его ареста длительностью от 2 до 8 секунд – 18 эпизодов (47,4%), снижения ЧСС более чем на 35% от исходного – 26 эпизодов (68,4%), появление транзиторной АВ-блокады II степени, Мобиц II на синусовом ритме - 2 (5,3%) и пауз более 2,5 сек при ФП – 3 эпизода (7,9%). Наибольшее количество вагосимпатических реакций наблюдалось при воздействии в области устья левой верхней ЛВ-27, в меньшей степени в области устьев левой нижней (12) и правой верхней (6) ЛВ, а также в зоне задней стенки ЛП (4).

Эффективность РЧА ФП при сочетанном воздействии на ПГС составила 23 (60,5%), а с учетом повторных процедур 26 (68,4%) случаев, что было несколько (недостоверно: $p<0,09$ и $p<0,07$) выше положительного эффекта РЧ-воздействий в основной группе (45 (54,2%) и 50 (60,2%) случаев соответственно).

Связь вагосимпатических рефлексов с воздействиями в зоне ПГС подтверждалась изменениями вегетативного статуса в виде достоверной большей отрицательной динамики SDNN и rMSSD (25,2% и 33,7%, $p<0,05$) у пациентов с РЧА в зоне ПГС по сравнению с основной группой (17,5% и 24,1%), а также динамикой увеличения соотношения LF/HF за счет снижения доли высокочастотного вагусного спектра у пациентов с ваготоническими феноменами (31,1% против 19,7%, $p<0,01$).

Заключение. Появление вагосимпатических феноменов с большой долей вероятности позволяет идентифицировать зоны локализации ПГС, а РЧ-парасимпатическая денервация этих областей повышает эффективность катетерных вмешательств при ФП.

0968 ЖЕСТКОСТЬ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Харитонова И.А., Ребров А.П.
Кафедра госпитальной терапии лечебного факультета ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия

Болезни костно-мышечной системы широко распространены в популяции. Среди них ведущее место занимает остеоартроз (ОА), поражая около 6% населения. С возрастом увеличивается частота коморбидных состояний, среди которых достаточно часто встречается сочетание ОА с артериальной гипертензией, а также возрастает риск развития атеросклероза.

Цель исследования. Определить жесткость артерии у больных ОА при наличии и отсутствии гиперхолестеринемии.

Материалы и методы. Обследовано 40 пациентов (4 мужчин, 36 женщин в возрасте от 42 до 70 лет; средний возраст составил 53,2±8,91года). В исследование включались больные с гонартрозом, с I-II рентгенологическими стадиями и болью в коленных суставах более 40 мм по ВАШ. У 22 (55%) больных была диагностирована I, у 18 (45%) - II стадия заболевания. Средняя продолжительность заболевания составила 6,2±0,98 лет (от 1 года до 20 лет). Все пациенты в течение 2-3 лет принимали нестероидные противовоспалительные препараты (диклофенак, нимесулид) по поводу болевого синдрома. Ухудшение состояния в виде нарастания болевого синдрома, уменьшение подвижности суставов наблюдалось у 30 (75%) обследованных на протяжении от 1 до 3 недель, у 10 (25%) больных – в течение 1 месяца. У 14 (35%) обследованных пациентов была выявлена артериальная гипертензия (АГ): у 10 (25%) – I степени, у 4 (10%) - II степени. У 16 (40%) обследованных пациентов была выявлена гиперхолестеринемия. Критерием исключения являлось наличие ассоциированных с АГ состояний (ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет), сопутствующие хронические болезни в стадии обострения. Артериальная ригидность, оцениваемая с помощью артериографа TensioClinik, описывалась двумя независимыми параметрами. Индекс аугментации – вычисляется на основании соотношения амплитуд давления прямой и отраженной волн. Этот индекс позволяет оценить периферическую артериальную ригидность. Скорость пульсовой волны в аорте отражает эластические свойства стенки аорты.

Результаты. У больных остеоартрозом индекс аугментации составил 6,9±3,9%, у здоровых -28,17±4,1%. Скорость пульсовой волны у пациентов с ОА составила 11,94±0,5м/с, у здоровых 7,2±0,3 м/с. У пациентов ОА выявлено увеличение скорости распространения пульсовой волны ($p<0,05$) и индекса аугментации ($p<0,05$). При наличии гиперхолестеринемии у пациентов с ОА индекс аугментации составил 11,69±4,6%, при отсутствии гиперхолестеринемии -6,16±5,05%. Скорость пульсовой волны при наличии гиперхолестеринемии 12,19±0,63м/с, при отсутствии 8,04±2,08м/с. При наличии гиперхолестеринемии у больных ОА достоверно увеличивается индекс аугментации ($p<0,05$) и скорость распространения пульсовой волны ($p<0,05$) по сравнению с пациентами с нормальным уровнем холестерина.

Выводы. У больных остеоартрозом выявлено увеличение скорости распространения пульсовой волны и индекса аугментации. При наличии гиперхолестеринемии у больных остеоартрозом увеличивается скорость распространения пульсовой волны и повышается индекс аугментации, что свидетельствует о повышение ригидности артериальной стенки.

0969 ФОТОТЕРМИЧЕСКАЯ НАНОДЕСТРУКЦИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ НА МОДЕЛИ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ТРАНСГЕННОЙ СВИНЬИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИКРОВЕЗИКУЛ И ХОРИОНИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ-ПРОГЕНИТОРНЫХ КЛЕТОК ДЛЯ ДОСТАВКИ СИЛИКО-ЗОЛОТЫХ НАНОЧАСТИЦ, КЛЕТОЧНОЙ И ГЕННОЙ ТЕРАПИИ

Харламов А.Н., Моерс С.[1]
Клинико-диагностический центр «Кардиология», Екатеринбург, Россия; Кафедра внутренних болезней №3 Уральской государственной медицинской академии[1], Екатеринбург, Россия ГУЗ Свердловской области Клинико-диагностический центр «Кардиология», Екатеринбург, Россия, [1]Департамент хирургии Медицинского центра Государственного университета Гронингена, Гронинген, Нидерланды

Введение. В течение последних 10-15 лет для лечения атеросклероза широко используется несколько техник ангиопластики и атеродеструкции, которые, к сожалению, направлены лишь на изменение формы бляшки в сосуде и имеют относительно высокий риск осложнений (до 20-40%), что создает необходимость поиска новых оптимальных методов «разрушения» бляшки с достаточно высоким уровнем эффективности и безопасности.

Методы. Для исследования были взяты 27 белых свиней, одной трансгенной линии (модель атеросклероза и артериальной гипертензии). Свиньи разделены на 5 подгрупп. Для картирования стенки сосуда использована система ANGUS. Для инъекции наночастиц в бляшку выбрана модифицированная инжекторная система на основе ангиографа AXIOM Artis dFC/dBC Magnetic Navigation system и Myostar-подобного проводника-инжектора диаметром 0,018". С целью управления процессами регенерации использована лекарственная и генная терапия (antisense c-myc протоонкоген, β-галактозидаза, eNOS, VEGF) с микровезикулярной системой локальной доставки.

Результаты. Изменение объема бляшки (мм3) непосредственно после окончания лазерного облучения/ через 12 месяцев в подгруппе с инфузией хорициональных стволовых-прогениторных клеток (ХСПК/СК) (1-я подгруппа) достигло 15,1%/29,4%, в подгруппе с инфузией наночастиц с адсорбированными антителами (2-я подгруппа) – 8,6%/14,5%, в третьей подгруппе (инъекция СК) – 57,4%/74,8% и в четвертой (инъекция наночастиц с антителами) – 32,9%/41,3%. Влияние на неорганическую часть бляшки преобладало в группах с использованием ХСПК (в 3,7 раза, $p<0,01$). Изменение площади раневой поверхности сосуда непосредственно после операции произошло в 1-й подгруппе с 17,2±5,6 до 74,9±11,2 мм^2, во второй – с 15,1±5,2 до 91,7±8,5 мм2, в третьей – с 18,2±7,1 до 46,8±20,4 мм^2, и в 4-й – с 11,3±8,4 до 48,5±18,4 мм^2. Такие осложнения как острый тромбоз (5 случаев), инфаркт миокарда (1 пациент), геморрагии и инсульт (по 1-му случаю) наблюдались только в группах с инфузией наночастиц. В пятой подгруппе (генная терапия) отмечено ускорение ($p<0,05$, в 1,7 раза) процессов реэндотелизации. Короткий стохастический анализ экономической эффективности данной техники показал, что за 4 года себестоимость медицинских услуг и лекарственных средств после стентирования/тромболизиса, аорто-коронарного шунтирования (АКШ) и нанотехники, может достигнуть – 338,000, 281,000 и 250,000 долларов США соответственно.

Заключение. Наибольшая эффективность и безопасность нанофототермической атеродеструкции достигнута в подгруппе с инъекцией наночастиц в бляшку и использованием ХСПК, а также генной терапии. Использованная техника способствовала структурному и функциональному восстановлению стенки сосуда. Главным ограничивающим фактором методики являлась высокая степень кальцификации бляшки. Метод показал более высокую экономическую эффективность по сравнению со стентированием и АКШ.

Ключевые слова: плазмоника, нанотехнологии, атеросклероз, генная терапия.

0970 КЛИНИКО-НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АГ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Ходжаев А.А., Шакиров М. Р., Ходжаев А.И.
Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: Изучить нейрофизиологические критерии эффективности комбинированной антигипертензивной и нейротропной терапии (АГТ, НРТ) у больных артериальной гипертензией (АГ) с цереброваскулярными осложнениями (ЦВО).

Материал и методы исследования.

Обследованы 142 больных АГ I -II стадии с ЦВО, в возрасте от 25 до 74 лет. Базисная АГТ проводилась бисопрололом и гидрохлортиазидом. Далее больные различались по назначаемому третьему препарату: 1-я группа (гр) получала эпросартан (теветен), 2-я моксонидин (физиотенз), 3-я гр – амлодипин. Далее каждая гр разделялась на под гр по вариантам НРТ (оксибрал, вазонит, антидепрессанты, иглорефлексотерапия (ИРТ)). Препараты назначались в средне-терапевтических дозах. Больным до и после трехмесячного лечения проводились оценка клинического статуса а также реоэнцефалографических (РЭГ), эхоэнцефалоскопических (ЭхоЭС) и электроэнцефалографических (ЭЭГ) показателей.

Полученные результаты:

Проведенный нами анализ нейрофизиологических показателей выявил их суммарную близость в под группах цереброваз-оактивной (ЦВА) терапии (оксибрал и пентоксифиллин), а также психотропной терапии (ПТТ) и ИРТ. Вместе с тем выявлена существенная разница между подгруппами ЦВА и ПТТ. Так, в подгруппах ЦВА достоверно ($p<0,05$) раньше происходило снижение тонуса мозговых сосудов, увеличение их кровенаполнения, снижение признаков внутричерепного давления (ВЧД) и нарушений биоэлектрической активности (БЭА) головного мозга (ГМ). Причем к концу курсовой терапии РЭГ и ЭхоЭС показатели нормализовывались полностью, а нарушения БЭА ГМ на 70-80% ($p<0,01$). Тогда как, в подгруппах ПТТ и ИРТ показатели ЭхоЭС улучшались у 91,4% больных, РЭГ у 76,1% и БЭА ГМ у 60,5% пациентов ($p<0,05$). Динамика нейрофизиологических показателей в большинстве случаев совпадали с клиническими. Нередко показатели ЭхоЭС и РЭГ улучшаются раньше чем клинические.

Выводы: Терапия больных АГ с ЦВО должна быть комплексной с включением как АГТ так и НРТ, особенно ЦВА препаратов. Эффективность лечения должна оцениваться как клинически, так и нейрофизиологически, тем более, что динамика многих их показателей наступает раньше клинических.

0971 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ И ЦЕРЕБРОВАЗОАКТИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Ходжаев А.И, Салимова Н.Р., Шакиров М.Р., Ходжаев А.А., Сарманов Ф.А.
Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить эффективность и прогностическую значимость комбинированной гипотензивной и цереброваозоактивной терапии у больных с цереброваскулярными расстройствми (ЦВР) с определением частоты и структуры цереброваскулярных (ЦВ) и сердечно-сосудистых событий (СС) событий за 6 месячный период.

Материал и методы исследования. Обследованы 230 больных АГ мужчин (средний возраст 52,9+4,6 лет). Всем больным до и после лечения проводились исследования кардиологического, нейро- и психологического статуса с верификацией диагноза согласно современным стандартам диагностики. Исходная структура ЦВР была следующей: начальные проявления неполноценности кровоснабжения мозга (НПНКМ) - 43 (18,7%) больных, гипертоническая энцефалопатия (ГЭ I) стадии - 54 (23,5 %), ГЭ II стадии - 77 (33,5 %) и ГЭ с транзиторными ишемическими атаками (ТИА) - 34 (14,7%). Психологические расстройства квалифицировались как тревожные – у 41 (17,8%), депрессивные – у 41 (17,8%), тревожно-депрессивные – у 46 (20,0%), обсессивно-фобические – у 42 (18,3%), (18,1%), ипохондрические – у 18 (7,8%), анозогнозические – 14 (6,1%). Базисная терапия в течение 6 месяцев осуществлялась небивололом или эналаприлом в сочетании с индапамидом. Части из этих больных (основная группа) для коррекции ЦВР использовались винпоцетин и ницерголин сначала в инъекциях, а затем в таблетках соответственно в дозе 15 или 60 мг в сутки. Контрольную группу составили больные, получавшие только базисную терапию.

Результаты исследования. Сравнительный анализ полученных результатов показал, что в целом у 82,6% больных течение АГ было благоприятным без серьезных ЦВ и СС событий, но достоверно более выраженным оно было в группе комбинированной гипотензивной и цереброваозоактивной терапии (P<0,01). Причем благоприятный исход был констатирован у всех больных с НПНМК и без ЦВР, у 94,5% больных с ГЭ I ст., у 78% больных с ГЭ II ст. (P<0,01). У больных же с ГЭ-IIст. и ТИА положительная эффективность была достигнута с меньшем проценте (41,2%) случаев (P<0,05).

В целом по группе у 17,4% больных течение АГ осложнилось развитием тех или иных ЦВ или СС событий: у 10–ТИА, у 10–новые случаи ИБС, у 5–прогрессирование ИБС, у 5–нестабильная стенокардия, у 4–недостаточность кровообращения, у 2 развился ишемический инсульт, у 2–инфаркт миокарда, и 2 умерли от острой сердечной недостаточности. Отмеченные неблагоприятные исходы достоверно чаще приходились на группу больных с ГЭ II с ТИА (58,8%), реже - с ГЭ IIст. (22%) и ГЭ Iст. (5,5%) (P<0,05).

Выводы. У больных АГ с ЦВР, особенно при наличии тревожно-депрессивных нарушений, целесообразно проведение комбинированной гипотензивной и цереброваозоактивной терапии для улучшения течения и прогноза основного заболевания.

0972 ВЫБОР КОМПОНЕНТОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ К ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ В ОНКОЛОГИИ

Хороненко В.Э., Осипова Н.А., Шеметова М.М.
ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена», Москва, Россия

Большинство пациентов пожилого и старческого возраста, нуждающихся в хирургическом лечении злокачественных новообразований, страдают сопутствующими сердечно-сосудистыми (СС) заболеваниями (ССЗ), требующими постоянной корригирующей терапии, основными компонентами которой, согласно последним рекомендациям, являются блокаторы адренергических β–рецепторов (ББ), ингибиторы АПФ (иАПФ)/блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА) и антагонисты кальциевых каналов (АК), назначаемые с учетом индивидуальных показаний. Однако во время операции в результате взаимодействия СС препаратов и средств общей анестезии (ОА) возможно развитие опасных нарушений кровообращения (гипотензия, брадикардия), способных привести к нежелательным последствиям. Поэтому при подготовке гериатрических пациентов высокого СС риска к анестезии и операции для обеспечения безопасности хирургического лечения большое значение имеет выбор оптимальных компонентов кардиотропной терапии.

Цель исследования: снижение риска и расширение показаний к хирургическому лечению гериатрического контингента онкологических больных с сопутствующими ССЗ путем оптимизации кардиотропной терапии на этапе подготовки к анестезии и операции.

Материалы и методы исследования. Исследованы случаи развития гипотензии на этапах хирургического лечения 234 пациентов (средний возраст 72±5,8), постоянно получающих СС терапию (ББ, иАПФ/БРА, АК изолированно и в сочетаниях) для компенсации ССЗ, которым в условиях мультимодальной ОА выполнялись обширные оперативные вмешательства по поводу злокачественных новообразований брюшной полости и малого таза преимущественно III стадии в радикальном объеме (длительность в среднем 4,2±1,6 ч).

Результаты исследования. Во время анестезии, операции и в раннем послеоперационном периоде гипотензия (100/70-85/65 мм рт.ст.), не связанная с кровопотерей и гиповолемией, отмечена у 67 пациентов (23,2%). Все эти больные получали периферические вазодилататоры: 53 (18,3%) – иАПФ или БРА, 14 (4,84%) - дигидропиридиновые АК. Случаев гипотензии у 167 пациентов, получавших только ББ, не отмечено. Статистический анализ с использованием критерия $\chi 2$ показал, что эти отличия значимы на уровне (p=0,019) и не зависят от того, сочетался прием вазодилататоров с ББ или нет. Убедительных данных о влиянии дигидропиридиновых АК на развитие гипотензии не получено (p=0,56).

Выводы. При подготовке к хирургическому лечению пациентов пожилого и старческого возраста с сопутствующими ССЗ для предупреждения развития гипотензии во время и после операции в результате сочетанного эффекта СС препаратов и средств для ОА целесообразно исключить прием иАПФ и БРА накануне и в день оперативного вмешательства.

0973 ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО КОНТИНГЕНТА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО РИСКА

Хороненко В.Э., Осипова Н.А., Шеметова М.М.
ФГУ Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена, Москва, Россия

Неуклонный рост числа онкологических пациентов пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими сердечно-сосудистыми (СС) заболеваниями (ССЗ) привел к необходимости создания новой технологии снижения риска опасных для жизни сердечно-сосудистых осложнений (ССО) при хирургическом лечении этого контингента больных.

Цель исследования: снижение риска и расширение показаний к хирургическому лечению гериатрического контингента онкологических больных с сопутствующими ССЗ путем созда-

ния оптимальных алгоритмов диагностики, предоперационной терапии имеющихся СС расстройств и выбора метода анестезии, с включением в состав анестезиологического пособия и послеоперационной интенсивной терапии временной электрокардиостимуляционной (ЭКС) коррекции нарушений сердечного ритма и проводимости.

Материалы и методы исследования. Исследование выполнено у двух групп пациентов старше 70 лет с ССЗ, перенесших большие абдоминальные и урологические операции. 1 группа включает 176 пациентов 73,5±3,2 лет, оперированных в 1997-2003гг без применения новой технологии. У 2 группы аналогичных пациентов (n=289) применена новая технология оценки риска ССО, предоперационной медикаментозной подготовки, выбора метода анестезии и дифференцированного использования в составе анестезиологического пособия и послеоперационной интенсивной терапии внедренных в практику повседневной работы института электрокардиостимуляционных методов (чреспищеводная или внутрисердечная ЭКС) для профилактики и коррекции неэффективной работы сердца (n=72). За 7 лет предыдущего десятилетия в институт было госпитализировано для хирургического лечения 176 (в среднем 25 в год) пациентов рассматриваемого контингента (1 группа), многим отказано по причине высокого риска. У 24,4% пациентов 1 группы во время и после операции развились ССО (ишемия – 14,7% и инфаркт миокарда - 4%, аритмии – 5,7%). Летальность от ССО составила 4%. За последние 4 года госпитализировано и оперировано 289 (в среднем 70 в год) таких пациентов (2 группа) с использованием разработанного алгоритма диагностики, индивидуальной медикаментозной СС терапии и ЭКС коррекции критических нарушений ритма и проводимости сердца во время анестезии, операции и в послеоперационном периоде. Число ССО составило 10,4% (ишемия - 5,6%, инфаркт миокарда – 0,8%, аритмии – 4%), т.е. снизилось в 2,3 раза. Летальность от ССО – 0,4%.

Выводы. Новая технология значительно расширяет показания к хирургическому лечению и снижает в 2,3 раза риск ССО у онкологических пациентов старше 70 лет с тяжелыми сопутствующими ССЗ.

0974 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Храмцова Н.А., Дзизинский А.А., Земляничкина Н.В., Трухина Е.В.
ГОУ ДПО «ИГИУВ Росздрава», Иркутск, Россия

Цель: изучить функциональные показатели состояния почек у больных ревматоидным артритом (РА) в сочетании с артериальной гипертонией (АГ).

Методы. Обследована 121 больная с ревматоидным артритом в возрасте от 38 до 65 лет (средний возраст 58±6,7 лет). Диагноз РА выставлен на основании критериев АРА (1987г.). Продолжительность РА составила от 7 до 27 лет (в среднем 8,1±4,9 года). В исследовании преобладали женщины с умеренной степенью активности РА по DAS 28. Всем обследуемым проводилось суточное мониторирование артериального давления (АД) на аппарате Meditech card(x)plore (Венгрия) и определялся удельный вес утренней порции мочи, уровень креатинина сыворотки крови с расчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле Cocroft – Gault. За повышенное АД принимались среднесуточные значения выше 125/80 мм рт.ст., за критерии поражения почек – креатинин ≥ 115 мкмоль/л, уровни СКФ < 60мл/мин и удельный вес мочи менее 1018. По результатам суточного мониторирования у 42 (34,7%) женщин определены повышенные показатели АД, у 79 (65,3%) пациенток показатели АД были в пределах нормы. Группы достоверно не различались по продолжительности и тяжести РА. Средние величины представлены в виде медиан и интерквартильных интервалов. Достоверность различий оценивалась по критерию Манна - Уитни. Использовались пакеты прикладных программ «Statistica 6.0».

Результаты. У 69% пациенток с РА в сочетании с артериальной гипертонией установлен низкий удельный вес мочи, в группе без АГ – в 18% случаев (p<0,01). Показатели удельного веса мочи составили 1009 (1005-1011) и 1017(1013-1018) соответственно, p<0,01. У женщин с АГ по сравнению с группой без АГ снижение скорости клубочковой фильтрации установлено в 60% и 15% соответственно, p<0,01. Достоверно более низкие показатели СКФ определялись в группе с артериальной гипертонией: 51,8 (42,8-58,6) против 80,2 (61,8-92,3) у лиц без повышения АД, p<0,01. Для исключения влияния возраста на функциональные почечные показатели была проведена рандомизация групп по возрасту, что дало основание оценить вклад только артериальной гипертонии в формирование почечной дисфункции. Показатели удельного веса у женщин с АГ составили 1009 (1005-1011), в группе без гипертонии – 1015 (1011-1016), p<0,05. Скорость клубочковой фильтрации составила соответственно 51,8 (42,8-58,6) против 78,6(60,2-85,7), p<0,01.

Логистический регрессионный анализ позволил выделить факторы , влияющие на почечную дисфункцию у больных с ревматоидным артритом. Наиболее значимыми из них явились артериальная гипертония (OR 4,8, p<0,01), продолжительность АГ более 5 лет (OR 4,2, p<0,01), протеинурия (OR 4,0, p<0,01), высокая активность РА по DAS 28 (OR=4,0; p<0,03), атерогенные дислипидемии (OR 3,8, p<0,01), продолжительность РА более 10 лет (OR 3,2, p<0,05) и прием глюкокортикостероидов (OR=3,5; p<0,05).

Выводы. Течение РА нередко осложняется почечной дисфункцией. Сочетание ревматоидного артрита с артериальной гипертонией значительно усугубляет нарушение функции почек.

975 ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДИСМОРФОГЕНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ СЕРДЦА

Хубиева Д.Х.-Д.
Ставропольская Государственная Медицинская Академия, Ставрополь, Россия

Цель: изучение полиморфизма основных дисморфогенетических изменений органа зрения, ассоциированных с малыми аномалиями сердца (МАС).

Методы исследования: обследовано 97 пациентов (49 мужчин, 46 женщин) с эхокардиографическими признаками микроаномалий сердца и со стигмами дисморфогенеза в возрасте от 18 до 30 лет. Пролапс митрального клапана (ПМК) I степени наблюдался у 20 больных, ПМК I степени в сочетании с аномально расположенной хордой (АРХ) – у 46, ПМК II степени с АРХ – у 4. У 10 пациентов ПМК I степени сочетался с пролапсом трикуспидального клапана, у 7 – с АРХ и аневризмой межпредсердной перегородки; изолированная АРХ диагностирована у 9 больных. 1 пациент наблюдался с двустворчатым аортальным клапаном. 30 больных (17 мужчин, 13 женщин) без МАС с подпороговым количеством стигм дизэмбриогенеза в возрасте от 18 до 30 лет, составили группу сравнения. В контрольную группу вошли 14 практически здоровых лиц (6 мужчин, 8 женщин), сопоставимых по возрасту. Проводился наружный осмотр области глаз с измерением расстояния между внутренними углами глаз и длины глазных щелей, страбометрия, биомикроскопия, осмотр глазного дна, рефрактометрия. Статистический анализ материала проводили с помощью χ^2.

Полученные результаты: наружный осмотр глаз выявил наличие у пациентов с МАС короткой глазной щели (χ^2=6,233, p=0,013) и глазного гипертелоризма (χ^2=20,759, p=0,000), который встречался также у обследуемых группы сравнения (χ^2=17,705, p=0,000). Синдром голубых склер (χ^2=4,263, p=0,039) и гетерофория (скрытое косоглазие) имели место только при МАС (χ^2=11,538, p=0,000). Значимые биомикроскопические особенности глаз были следующие: складки конъюнктивы над нижним веком у лиц с МАС в сравнении с группой без МАС и со стигмами дисморфогенеза (χ^2=8,844, p=0,003) и с контрольной группой (χ^2=10,273, p=0,001); гипоплазия мезодермального листка радужки у больных с МАС относительно сравниваемой (χ^2=8,557, p=0,003) и контрольной групп (χ^2=11,583, p=0,000); остаточная зрачковая мембрана (χ^2=5,331, p=0,021) и адаптационные кольца (χ^2=4,981, p=0,026) в группе с МАС, точечные помутнения хрусталика в основной (χ^2=15,851, p=0,000) и сравниваемой (χ^2=20,380, p=0,000) группах; катаракта швов (χ^2=6,292,

p=0,012), точечные помутнения задней капсулы хрусталика (χ^2=4,223, p=0,040), точка Миттендорфа (χ^2=3,881, p=0,049) и нитчатая деструкция стекловидного тела (χ^2=5,870, p=0,015) при наличии МАС; единичные плавающие помутнения в стекловидном теле у пациентов с МАС (χ^2=9,864, p=0,002) и в группе сравнения (χ^2=6,655, p=0,010). Рефрактометрия обнаружила повышенную силу преломления роговицы у пациентов с МАС (χ^2=17,501, p=0,000). Особенностями глазного дна были изменения калибра сосудов (χ^2=4,981, p=0,026) и перераспределение пигмента на периферии сетчатки (χ^2=5,521, p=0,019). Миопическая рефракция достоверно чаще встречалась в группе пациентов с МАС (χ^2=5,521, p=0,019).

Заключение. Высокая частота и специфичность офтальмологических изменений у больных с МАС могут составить основу взаимодействия кардиолога и окулиста в диагностике сочетанной патологии.

0976 ИРИДОЛОГИЧЕСКИЕ ДИСМОРФОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ У ПАЦИЕНТОВ С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ СЕРДЦА

Хубиева Д.Х.-Д., Гладких Н.Н., Ягода А.В., Чередниченко М.Л.
Ставропольская Государственная Медицинская Академия, Ставрополь, Россия

Развитие стромальных элементов радужной оболочки из мезодермы обусловливает вовлечение этой структуры глазного яблока в процесс при соединительнотканной дисплазии, являющейся также одной из причин развития малых аномалий сердца (МАС).

Цель: изучение характера и распространенности изменений радужной оболочки у пациентов с МАС.

Методы исследования: обследовано 97 пациентов (49 мужчин, 46 женщин), с эхокардиографическими признаками микроаномалий сердца и со стигмами дисморфогенеза в возрасте от 18 до 30 лет. Пролапс митрального клапана (ПМК) I степени наблюдался у 20 больных, ПМК I степени в сочетании с аномально расположенной хордой (АРХ) – у 46, ПМК II степени с АРХ – у 4. У 10 пациентов ПМК I степени сочетался с пролапсом трикуспидального клапана, у 7 – с АРХ и аневризмой межпредсердной перегородки, изолированная АРХ диагностирована у 9 больных. 1 пациент наблюдался с двустворчатым аортальным клапаном. 30 больных (17 мужчин, 13 женщин) без МАС с подпороговым количеством стигм дизэмбриогенеза в возрасте от 18 до 30 лет, представили сравниваемую группу. В контрольную группу вошли 14 практически здоровых лиц (6 мужчин, 8 женщин), сопоставимых по возрасту. Всем больным проводилось офтальмологическое обследование с обязательной биомикроскопией радужной оболочки в прямом фокальном освещении и гониоскопией. Статистический анализ материала проводили с помощью χ^2.

Полученные результаты: у пациентов с МАС выявлена высокая распространенность остаточной зрачковой мембраны (χ^2=5,331, p=0,021), причем чаще встречался ее вариант в виде звездчатых отложений (остатки сосудистой капсулы) на передней капсуле хрусталика (χ^2=2,504, p=0,114), несколько реже наблюдались отростки радужки (χ^2=0,107, p=0,743) и сочетанный вид данной аномалии развития мезодермальной части радужной оболочки (χ^2=0,112, p=0,914). В основной группе достоверно чаще встречалась гипоплазия мезодермального листка радужки по отношению как к контрольной группе (χ^2=11,583, p=0,000), так и к группе сравнения (χ^2=8,557, p=0,003). Установлена большая частота адаптационных колец радужки (χ^2=4,981, p=0,026), которые также называют «кардиальными» из-за их наличия у 93% лиц с сердечными заболеваниями. Гониоскопическое обследование выявило наличие у пациентов с МАС таких особенностей, как истончение корня радужной оболочки (χ^2=5,051, p=0,025) и волокна гребенчатой связки (χ^2=4,187, p=0,041), имеющей мезодермальное происхождение. Имели место у обследованных с МАС также пигментные пятна радужной оболочки (χ^2=3,586, p=0,058), очаговая дистрофия (χ^2=2,086, p=0,149), гетерохромия (χ^2=0,535, p=0,464), колобома (χ^2=0,284, p=0,594). В единичных случаях отмечены изменения пигментной каймы – гипоплазия (χ^2=1,428, p=0,232), гиперплазия (χ^2=0,280, p=0,258), флоккулы (χ^2=0,203, p=0,232) и различная зрачковая патология – миоз, мидриаз, анизокория, поликория (χ^2=1,115, p=0,291).

Заключение: очевидна необходимость диспансерного наблюдения пациентов с иридологическими дисморфогенетическими изменениями у кардиолога, что позволит расширить возможности проведения профилактических мероприятий.

0977 СОКРАТИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ МИОКАРДА БОЛЬНЫХ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПРОЦЕССЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ С ЗОЛОФТОМ

Хурсанов Н.М, Хамидов Н.Х, Хамдамова М.Б, Умаров А.А., Халикова Н.А.
Таджикский госмедуниверситет, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: изучение влияния антидепрессанта нового поколения золофта – селективного ингибитора обратного захвата серотонина на сократительную функцию миокарда у больных изолированной систолической артериальной гипертонией с сопутствующими аффективными расстройствами.

Методы исследования: под нашим наблюдением находились 28 больных с изолированной систолической артериальной гипертонией, из них 15 женщин и 13 мужчин в возрасте от 60 до 76 лет.

Всем больным в течение 7–8 недель назначался золофт в дозе 50 мг в сутки. Базисная гипотензивная терапия проводилась липразидом (лизиноприл 10 + гидрохлортиазид 12,5 мг).

При включении в исследование, а также в конце курса лечения больным проводили общее клиническое обследование с анализом жалоб, результатов объективного и дополнительных методов исследования. Для выявления и оценки выраженности аффективных нарушений использовали клиническую шкалу депрессии Hamilton (HDRS). Золофт назначался больным при сумме баллов ≥15.

Показатели сократительной функции миокарда исследовались методом поликардиографии. Определялись следующие показатели: индекс напряжения миокарда, коэффициент Блюмбергера, внутрисистолический показатель, расход энергии левого желудочка на перемещение 1 литра крови минутного объема и объемная скорость выброса.

Полученные результаты: к концу курса лечения при анализе фазовой структуры сердечного сокращения установлено, что такие показатели как индекс напряжения миокарда, коэффициент Блюмбергера и внутрисистолический показатель существенно не изменялись, а скорость повышения внутрижелудочкового давления и объемная скорость выброса имели тенденцию к повышению. Такие незначительные сдвиги в фазовой структуре желудочков свидетельствуют в пользу отсутствия синдрома гиподинамии. Положительным сдвигом является заметное (в среднем на 14%) сокращение расхода энергии, что указывает на облегчение условий функционирования сердца. Результаты психодиагностики показали заметное снижение выраженности аффективных нарушений до 9 баллов по шкале депрессии Hamilton.

Выводы: применение золофта в комплексной терапии изолированной систолической артериальной гипертонии у лиц старших возрастов способствует снижению реакции депрессивных состояний и не ухудшает сократительную функцию миокарда.

0978 СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ И ТИПА ОЖИРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЙ

Царёва В.М., Хозяинова Н.Ю., Артёменко М.С., Брук Т.В.
Государственная медицинская академия, Смоленск, Россия

Цель исследования: изучить влияние ожирения в развитии структурно-фукциональных изменений миокарда при артериальной гипертонии (АГ).

Материалы и методы: обследовано 206 пациентов (средний возраст 49,7±1,9 лет, мужчин – 97, женщин – 109) с АГ 1-2 степени. Всем пациентам проводились эхокардиография (Sonos-2500), холтеровское мониторирование ЭКГ (Mediare Holter-Win P-V plus).

Результаты исследования. У 65,5% обследованных пациентов были диагностированы избыточная масса тела или ожирение. Абдоминальное ожирение выявлено у 66 (48,9%) пациентов, гиноидное у 69 (51,1%) из обследованной группы. Встречаемость ГЛЖ нарастала по мере увеличения массы тела, что особенно было выражено у женщин. Коэффициент корреляции между индексом массы тела и ИММЛЖ в общей группе был низким, но достоверным и составил r=0,16; p=0,022), при этом он оказался значимым только в подгруппе женщин (r=0,24; p=0,003). Однако, ИММЛЖ в группе пациентов с абдоминальным ожирением (141,3±3,2 г/м^2) был достоверно выше (p<0,01) по сравнению с группой гиноидного ожирения (132 ±3,8 г/м^2). Проанализировано распределение вариантов ремоделирования в группах больных с андроидным и гиноидным ожирением. Для гиноидного ожирения более характерно развитие эксцентрической ГЛЖ, что, по-видимому, отражает нагрузку объёмом, а для андроидного – концентрическое ремоделирование ЛЖ, что является следствием более выраженной нейрогуморальной активации. При проведении регрессионного анализа выявлена линейная связь между индексом массы тела и вариабельностью сердечного ритма. Показатель SDNN, отражающий общую вегетативную регуляцию сердечной деятельности, был достоверно ниже (p<0,01) в группе пациентов с ожирением. Коэффициент регрессии наиболее был выражен в группе больных с андроидным ожирением (r=-0,26; p=0,01). Также у пациентов в группе андроидного ожирения достоверно чаще (p<0,05) регистрировались желудочковые аритмии высоких градаций (III и выше градации по B.Lown).

Выводы. Ожирение в сочетании с АГ существенно увеличивает риск развития гипертрофии левого желудочка с преобладанием концентрических типов геометрического ремоделирования. Данный эффект более отчётливо прослеживается в группе женщин. При ожирении достоверно чаще регистрируется гиперсимпатикотония и выявляется более тяжёлая в прогностическом плане эктопическая активность миокарда.

0979 ЭНДОТЕЛИОПРОТЕКТИВНЫЕ СВОЙСТВА КЛОПИДОГРЕЛЯ ПРИ L-NAME ИНДУЦИРОВАННОЙ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Цепелев В.Ю., Покровский М.В., Покровская Т.Г., Артюшкова Е.Б., Белоус А.С., Корокин М.В.
ГОУ ВПО Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Эндотелиальная дисфункция является ключевым патогенетическим звеном в развитии артериальной гипертонии и сердечной недостаточности. При повреждении эндотелия наблюдается снижение суммарной активности выработки оксида азота (NO). Исследования последних лет доказывают, что клопидогрел способен увеличивать продукцию оксида азота, а также повышать его биодоступность. Однако, эндотелиопротективные эффекты данного препарата, в условиях блокады NO – синтазы, по-прежнему остаются не изученными.

Цель данного исследования: оценка эндотелиопротективных свойств клопидогреля при L-NAME индуцированной эндотелиальной дисфункции.

Методы исследования: серия экспериментов была проведена на белых крысах самцах линии Wistar массой 250-300 г. Были выделены 3 группы животных: интактные, животные, получавшие блокатор NO- синтазы N-нитро-L-аргинин метиловый эфир (L-NAME), который вводился внутрибрюшинно в дозе 25 мг/кг/сут 7 дней. Третья группа животных получала L-NAME внутрибрюшинно в дозе 25 мг/кг/сут 7 дней, а также клопидогрел в дозе 6,5 мг/кг ежедневно, внутрижелудочно. На 7 день от начала эксперимента под наркозом (этаминал-натрия 50 мг/кг) вводился катетер в левую сонную артерию для регистрации показателей артериального давления (АД), болюсное введение фармакологических агентов осуществлялось в правую бедренную вену. Показатели гемодинамики: систолическое артериальное давление (САД), диастолическое артериальное давление (ДАД) и частоту сердечных сокращений (ЧСС) измеряли непрерывно, посредством датчика и аппаратно – программного комплекса “Biopac”. Функциональные пробы: эндотелий зависимая вазодилатация (ЭЗВ) - внутривенное введение ацетилхолина (АХ) в дозе 40 мкг/кг, эндотелий независимая вазодилатация (ЭНЗВ) – внутривенное введение нитропруссида натрия (НП) в дозе 30 мкг/кг. Для оценки степени коррекции эндотелиальной дисфункции был введен коэффициент эндотелиальной дисфункции (КЭД), рассчитанный путем отношения площади треугольника над кривой восстановления АД при введении нитропруссида к площади треугольника над кривой восстановления АД при введении ацетилхолина.

Полученные результаты: болюсное внутривенное введение АХ в течение 3-5 сек. приводило к резкому падению АД у интактных животных. ЭНЗВ также характеризовалась снижением АД. Блокада NO-синтазы с помощью введения L-NAME вызывало артериальную гипертензию и приводила к меньшему снижению показателей АД после введения АХ и НП по сравнению с интактными животными. Одновременное введение L-NAME и клопидогреля не приводило к снижению показателей исходных значений АД. КЭД у интактных животных составил 1,1, у животных, получавших L-NAME – 5,4, у животных, получавших L – NAME и клопидогрел - 2,0. Таким образом, клопидогрел в дозе 6,5 мг/кг, обладает выраженным эндотелиопротективным действием, выражающимся в снижении показателя коэффициента эндотелиальной дисфункции и приближении его к группе интактных животных.

0980 СУТОЧНЫЕ БИОРИТМЫ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПРОФИЛЯХ СУТОЧНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Цибульская Н.Ю.
МУЗ «Городская клиническая больница № 6 им. Н.С. Карповича», Красноярск, Россия

У больных артериальной гипертонией (АГ) довольно часто наблюдается нарушение циркадного ритма, которое, как правило, встречается у 10-15% больных, а при симптоматических артериальных гипертониях и некоторых других состояниях у 50 и более процентов больных. В литературе имеются противоречия по поводу частоты встречаемости суточных ритмов у больных артериальной гипертонией. В связи с чем, нами была поставлена цель исследования: изучить частоту встречаемости вариантов суточных биологических ритмов у больных с артериальной гипертонией.

Обследовано 58 человек мужчин и женщин в возрасте 18 лет и старше (средний возраст 41,6±1,8 лет) с использованием методик: общеклинического осмотра, регистрации электрокардиограммы (ЭКГ), суточного мониторирования артериального давления (СМАД), заполнение анкет Осберга, SF36, статистическая обработка по программе statistica 6.0.

По результатам СМАД пациенты распределились по суточному профилю АД следующим образом: по систолическому АД – dipper 56,9%, nondipper 36,2%, nightpiker 1,7%, overdipper 5,2%; по диастолическому АД - dipper 60,3%, nondipper 13,8%, nightpiker 3,5%, overdipper 22,4%. Отмечено, что nightpiker встречался достоверно реже, чем nondipper и dipper как по систолическому, так и диастолическому АД. Нами была изучена частота распределения лиц по суточному биоритму в каждом профиле СМАД. Отмечено, что у аритмиков наиболее частый профиль dipper, наименее встречаемый – nightpiker. Идентичная картина среди жаворонков.

При изучении частоты встречаемости факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний различий в разных профилях СМАД и суточных биоритмов не выявлено.

Выводы

1. У жаворонков и аритмиков чаще наблюдается профиль СМАД dipper и реже nightpiker.

2. Факторы риска одинаково часто встречаются у лиц с различными суточными профилями СМАД и биоритмами.

0981 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ СОГЛАСИЮ ПАЦИЕНТОВ НА ДЛИТЕЛЬНУЮ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНУЮ ТЕРАПИЮ В ГРУЗИНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Цинамдзгвришвили Б.В., Трапаидзе Д.Д., Абесадзе Т.Г., Рехвиашвили А.И.
Общество Гипертензии Грузии, Институт Кардиологии им.акад. М.Д. Цинамдзгвришвили, Тбилиси, Грузия

Согласие пациентов на антигипертензивную терапию является одной из значительных проблем стоящих перед врачом – задачей, которого является достижение адекватного контроля артериальной гипертензии.

Целью нашего исследования явилась оценка факторов

определяющих негативное психологическое отношение пациентов к длительному лечению гипертензии.

Материалы и методы: с помощью специально созданного нами опросника оценки ведения АГ пациентами было опрошено 2500 гипертензивных лиц.

Результаты: Среди опрошенных, основной причиной отсутствия согласия на лечение, её прекращение, частые замены препаратов, отмечали психологическое отношение к лечению – 62,8%, чаще всего аргументами являлись: «У меня более серьёзные проблемы, чем болезнь» (социальная безысходность, приступы депрессивных состоянии) - 32%. «Я чувствую себя хорошо без препаратов» - 24%. «Назначенные препараты не улучшили состояния здоровья» - 21%. «Я избегаю применение препаратов от давления из-за страха развития сексуальных нарушении» - 23%.

Заключение: Частота психологических факторов, еще раз подтверждает возросшую необходимость информирования врачами пациентов, а также коррекцию психологической сферы с целью улучшения соматических состоянии.

Общество Гипертензии Грузии осуществляет проект мониторирования реформы первичного звена здравоохранения (поддержка Евразийского Фонда Сотрудничества),одной из основных рекомендации которого является необходимость включения в группы семейных врачей, специалистов – психологов.

0982 ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ И КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ С ПОГРАНИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Цупко И.В.
ФГУ ВНИИИМТ Росздравнадзора, Москва, Россия

Оценка скрытых гемодинамических нарушений у больных с пограничными цифрами АД представляет большой интерес, поскольку расстройства гемодинамики могут ассоциироваться как с факторами риска развития сердечно-сосудистой патологии, так и быть начальными проявлениями доклинических форм артериальной гипертонии (АГ).

Цель: Оценить факторы риска и гемодинамические параметры методом компрессионной осциллометрии высокого разрешения с использованием программно-аппаратного комплекса «ЭДТВ-Гемодин» у лиц с пограничными значениями АД.

Методы и материалы: Группу обследования составили 97 человек (средний возраст 39,1±16,9 лет) с амбулаторными показателями АД 130-139/85-90 мм рт.ст. Из них выделено 25 пациентов (8 мужчин и 17 женщин, средний возраст 41,7±11,8 лет) с высокими значениями среднего осциллометрического артериального давления (96,3±2,6 мм рт.ст. против 81,3±8,1 мм рт.ст. во второй подгруппе, $p<0,05$) как одного из самых устойчивых и хорошо воспроизводимых данным методом гемодинамических показателей. В группу сравнения вошли остальные 72 пациента.

Результаты: Установлено, что в выделенной подгруппе с высокими значениями среднего осциллометрического артериального давления наряду с высокими средними значениями осциллометрического ДАД (74,7±7,3 мм рт.ст. против 57,0±9,6 мм рт.ст. в контрольной подгруппе, $p<0,05$) и достоверным снижением податливости стенки плечевой артерии (1,0±0,2 мл/мм рт.ст. против 1,4±0,2 мл/мм рт.ст., $p<0,05$), выявлена устойчивая тенденция к увеличению скорости пульсовой волны на участке плечевой артерии под манжетой (5,9±1,6 м/сек против 5,2±1,9 м/сек, $p>0,05$). Значения осциллометрического САД, общего и удельного периферического сопротивления в сравниваемых подгруппах достоверно не отличались.

В подгруппе с вышеописанными гемодинамическими нарушениями количество пациентов с отягощенным семейным анамнезом по АГ оказалось на порядок выше (94% против 4%, $p<0,001$), доля пациентов с высоким уровнем холестерина (ОХ≥5,0 ммоль/л) составила 88% (в группе контроля - 9%, $p<0,05$). Гликемический профиль в сравниваемых подгруппах достоверно не различался.

Пациенты с ИМТ>27,5 кг/м^2 и курильщики (соответственно 65% и 77%) составляли основную часть первой подгруппы, тогда как в группе контроля таких пациентов было не более 9% и 16% соответственно ($p<0,01$).

Выводы: В группе больных с пограничными цифрами АД методом компрессионной осциллометрии высокого разрешения примерно в 25% случаев установлено достоверное повышение осциллометрического СрАД и ДАД, а также снижение вязкоэластических свойств стенки плечевой артерии, что достоверно ассоциируется с факторами риска развития артериальной гипертонии и сердечно-сосудистых осложнений.

0983 ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ЛИЦ БЕЗ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Цупко И.В.
ФГУ ВНИИИМТ Росздравнадзора, Москва, Россия

Комплексное исследование параметров гемодинамики с использованием новых инновационных методик является на сегодняшний день актуальным в выявлении субклинических гемодинамических расстройств не только у лиц с артериальной гипертонией (АГ), но и в группах риска.

Цель: Проведение сравнительной оценки гемодинамических параметров методом компрессионной осциллометрии высокого разрешения с использованием программно-аппаратного комплекса «ЭДТВ-Гемодин» у здоровых лиц и у лиц без АГ с множественными факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Методы и материалы: Обследовано 64 некурящих пациента (29 женщин и 35 мужчин, средний возраст 45,6±19,8 лет, амбулаторные цифры АД<130/85 мм рт.ст.), у которых имели место отягощенная наследственность по АГ, ИМТ≥25 кг/м^2, а также нарушение углеводного обмена (НТГ или впервые выявленный СД) и/или уровень холестерина сыворотки крови более 5,0 ммоль/л. Группу контроля составили здоровые пациенты (n=27) с ИМТ<25кг/м^2, без метаболических нарушений и АГ. Достоверных возрастных, межполовых различий в сравниваемых подгруппах не выявлено.

Результаты: Подгруппа с НТГ (n=15) по сравнению с контрольной группой при сопоставимых цифрах АД и минутного объема крови характеризовалась увеличением скорости пульсовой волны (СПВ) по плечевой артерии (6,8±0,6 м/сек против 5,9±0,8 м/сек, $p=0,045$), тогда как податливость артериальной стенки была достоверно ниже (0,8±0,3 мл/мм рт.ст., против 1,4±0,2 мл/мм рт.ст., $p=0,04$), а ОПСС выше (1856±262 дин*_см-5*_сек против 1334±380 дин*_см-5*_сек, $p=0,03$). У больных с впервые выявленным СД (n=17) наряду с вышеука-

занными расстройствами дополнительно выявлено повышение удельного периферического сопротивления (УПСС) на 21±6% (p=0,04).

В подгруппе с гиперхолестеринемией (n=19) наблюдалось более значимое увеличение СРПВ (7,2±0,6 м/сек); уровень общего холестерина отчетливо коррелировал со значениями СРПВ (r=0,36, p=0,026), и снижением податливости артериальной системы (r=0,28, p=0,04). Дополнительное присутствие нарушений углеводного обмена продемонстрировало максимальное увеличение СРПВ (7,6±0,9 м/сек) на участке плечевой артерии, снижение податливости артериальной системы (1,2±0,3 мл/мм рт.ст.) при недостоверном повышении САД и ДАД; у 89% пациентов из этой подгруппы выявлено патологическое снижение или увеличение УПСС.

Выводы: Выявлены отчетливые гемодинамические нарушения у лиц с множественными факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, которые имеют место еще в доклинической стадии, степень которых зависит от суммарной оценки риска. Предполагается, что своевременная диагностика с использованием данного метода и коррекция скрытых гемодинамических нарушений до развития клинических проявлений может привести к снижению прогрессирования или даже к отсутствию развития сердечно-сосудистой патологии.

0984 СИСТЕМНЫЕ ЭМБОЛИИ ПРИ АНТИФОСФОЛИПИДНОМ СИНДРОМЕ С НЕБАКТЕРИАЛЬНЫМ ТРОМБОТИЧЕСКИМ ЭНДОКАРДИТОМ

Чапаева Н.Н., Демин А.А., Трифонова М.А.
НГМУ Росздрава, Новосибирск, Россия

Антифосфолипидный синдром (АФС) относится к аутоиммунным тромбофилическим состояниям, в основе большинства проявлений которого лежат тромбозы. Одной из возможных локализаций тромботического процесса при АФС являются клапаны сердца. Отложение на створках клапанов тромбов, не содержащих бактерий, получило название небактериального тромботического эндокардита (НБТЭ). В большинстве случаев НБТЭ протекает бессимптомно и выявляется только при аускультации, эхокардиографически или на аутопсии. Основной проблемой у пациентов с НБТЭ являются эмболические осложнения.

Целью исследования явилась характеристика частоты возникновения и локализации тромбоэмболических осложнений при АФС с НБТЭ, выявление прогностически значимых факторов рецидивирования системных эмболий.

Среди 320 больных АФС, наблюдавшихся на кафедре госпитальной терапии НГМУ с 1998 по 2007гг, мы исследовали 28 больных АФС с НБТЭ: 26 женщин и 2 мужчин, средний возраст – 44±13 лет, средняя длительность заболевания – 11±9,5 лет. Диагноз АФС был установлен согласно критериям S. Miyakis et al. (2006). Всем больным проводилась трансторакальная, 86% - чреспищеводная эхокардиография. Для статистической обработке результатов также применялась логистическая регрессия с оценкой индекса шансов (OR) в одновариантной и мультивариантной моделях с учетом 95% доверительного интервала (CI) (статистический пакет SPSS for Windows. Release 11.5.0).

Локализация вегетаций включала митральный (64%), аортальный (64%) клапан, оба клапана (29%). Системные эмболии возникали у 54% больных. Самыми частыми являлись эмболические цереброваскулярные осложнения (32%), реже возникали эмболии в сосуды легких (22%), сетчатки (14%), конечностей (4%), коронарные сосуды (11%).

У каждого второго больного отмечались повторные эпизоды эмболий, которые по результатам логистического регрессионного анализа были ассоциированы с нарушениями коронарного и мозгового кровообращения – OR 0,020 (CI 0,001-0,267) и 0,094 (CI 0,013-0,674), соответственно, легочной гипертензией – OR 0,125 (CI 0,018-0,855), легочной эмболией – OR 0,042 (CI 0,005-0,378) и с числом вегетаций более трех – OR 0,079 (CI 0,010-0,638) (одновариантная модель). Из данных положительных ассоциаций нашли подтверждение в мультивариантной модели легочная эмболия: OR 1,049 (CI 0,998-1,103) и множественные вегетации OR 0,025 (CI 0,001-0,572).

Выводы: У 54% больных АФС с НБТЭ развивались эмболические осложнения, которые рецидивировали у половины из них. Наличие в анамнезе эпизодов эмболий повышает риск рецидивирования эмболий у больных АФС с НБТЭ. Прогностически значимыми являются тромбозы/эмболии следующих локализаций: мозговые, коронарные и, в особенности, легочные. Связи с другими проявлениями АФС – венозными тромбозами, акушерской патологией – не выявлено. Также обращает внимание отсутствие влияния на рецидивы эмболических осложнений таких характеристик, как размеры и локализация вегетаций, тогда как количество вегетаций три и более может иметь прогностическое значение.

0985 АТЕРОГЕННАЯ ДИСЛИПИДЕМИЯ АССОЦИИРОВАНАЯ С НИЗКИМ УРОВНЕМ ДЕГИДРОЭПИАНДРОСТЕРОНА-СУЛЬФАТА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ

Чарикова Е.И., Шутов А.М.
Санаторий «ИТИЛЬ», Кафедра терапии и профессиональных болезней УлГУ, Ульяновск, Россия

Дегидроэпиандростерона-сульфат (ДЭА-С) – андроген, продуцируемый сетчатой зоной коры надпочечников. Среди многочисленных биологических эффектов ДЭА-С представляет интерес антиатерогенный, между тем в клинике этот вопрос изучен недостаточно.

Целью исследования явилось изучение липидного спектра и уровня надпочечникового андрогена дегидроэпиандростерона-сульфата (ДЭА-С) в сыворотке крови больных, перенесших инфаркт миокарда.

Материал и методы. Обследовано 42 больных (средний возраст – 49,1±4,98 года), проходивших реабилитацию в санатории после перенесенного инфаркта миокарда. Проводился стандартный опрос, физикальный осмотр, антропометрическое обследование, включающее измерение роста (м), массы тела (кг), окружности талии (ОТ, см). Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывали как отношение массы тела (кг) к квадрату роста (м2). Всем больным проводили исследование липидного спектра, включавшего следующие показатели: общий холестерин (ОХ), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), триглицериды (ТГ), липопротеиды очень низкой плотности (ЛПОНП). Содержание ДЭА-С в сыворотке крови исследовали иммуноферментным методом. Кроме того, для исследования толерантности к физической нагрузке проводили тест с 6-минутной ходьбой до и после восстановительного лечения, которое проводилось на протяжении 24 дней. Все больные получали медикаментозную терапию (антиагреганты, β-блокаторы, ингибиторы АПФ, статин (Аторис в дозе 40мг в сутки), при необходимости пролонгированные нитраты, а также ЛФК, физио- и бальнеопроцедуры.

Результаты. ИМТ до и после лечения составлял 29,1±4,1 и 28,6±3,8 кг/м^2 (роста), соответственно, (p>0,05), окружность талии составила 100,1±9,2 и 97,8±8,4 см, соответственно (P<0,05). Содержание ДЭА-С после лечения увеличилось и составило 2,2±0,41 и 2,6±0,48 мкг/мл, соотв. (p<0,01). После 24 дневного лечения наблюдалось снижение ОХ (с 6,58±1,3 ммоль/л до 4,17±0,9 ммоль/л, P<0,001), ЛПНП (с 4,46±1,2 ммоль/л до 2,08±0,6 моль/л, P<0,001), повышение уровня ЛПВП (с 1,19±0,17 ммоль/л до1,36±0,2 ммоль/л, P<0,01). При однофакторном корреляционном анализе установлено наличие обратной связи между ДЭА-С и возрастом больных (r=-0,53; p<0,001), а также обратной связи между ДЭА-С и ОХ (r=-0,39; p<0,01); ДЭА-С и ЛПНП (r=-0,52; p<0,001).

Выводы. У больных, перенесших инфаркт миокарда, имеется обратная связь между содержанием общего холестерина, холестерина в липопротеидах низкой плотности и уровнем надпочечникового андрогена – дегидроэпиандростерона-сульфата. Применение статинов приводит к снижению атерогенности дислипидемии, что ассоциировано с повышением уровня дегидроэпиандростерона сульфата в сыворотке крови. Причинно-след-

ственные связи между снижением атерогенности дислипидемии и повышением дегидроэпиндростерона-сульфата нуждаются в уточнении.

0986 ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Чепкасова Л.В., Морозов В.И., Пименов Л.Т.
Кафедра врача общей практики и внутренних болезней Государственной медицинской академии, Ижевск, Россия; Медико-санитарная часть №3, Ижевск, Россия

Цель: провести суточное мониторирование артериального давления (АД) у больных геронтологического возраста в остром периоде инсульта в сравнении с больными артериальной гипертонией (АГ) без острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК).

Материал и методы исследования. В исследование были включены 25 больных старше 60 лет в острый период инсульта с сопутствующей АГ (группа наблюдения). Мониторирование АД проводилось в первые и последние 5 сут лечения в клиническом стационаре. Группу сравнения составили 24 пациента, сопоставимых по возрасту и полу с АГ без ОНМК.

Результаты. Динамика АД у больных в остром периоде инсульта показывает, что по средним показателям систолического АД (САД) в утренние и дневные часы значительных различий нет. Снижение САД наблюдалось в ночные часы – 135,6±2,13 мм рт.ст. При этом в группе сравнения средние значения САД в эти же часы были выше: от 160±8,85 мм рт.ст. до 146±7,45 мм рт.ст., снижение установлено также в ночное время (144,8±6,54 мм рт.ст.). Диастолическое АД (ДАД) у больных в группе наблюдения в утреннее, дневное, ночное время по средним показателям не отличалось значимой вариабельностью и регистрировалось в пределах целевого уровня – от 82,8±1,37 мм рт.ст. до 82,3±1,20 мм рт.ст. В группе сравнения показатели ДАД достоверно не отличались. Среднее АД в группе наблюдения было повышенным в утренние и дневные часы и на верхней границе целевого уровня фиксировалось в ночное время – 99,9±1,2 мм рт.ст.. В группе сравнения также отмечена тенденция к повышению: от 111,3±8,4 мм рт.ст. до 99,9±2,29 мм рт.ст. - в утренние и дневные часы и до 95,9±3,02 мм рт.ст. - в ночные. Показатели САД, ДАД и АД среднего в первые 5 сут лечения были выше, чем в последние 5 сут. САД регистрировалось в пределах 146,47±3,8 мм рт.ст. - 139,05±3,84 мм рт.ст., АД среднее - 105,2±1,29 мм рт.ст. - 96,9±1,6 мм рт.ст. В то же время показатели ДАД находились в пределах целевого уровня. В последние 5 сут лечения САД и ДАД были ниже, чем в первые сут и достигали целевого уровня - 79,85±0,88 мм рт.ст. АД среднее было в пределах верхней границы нормы: 100,5±1,5 мм рт.ст. - 97,4±0,99 мм рт.ст. Динамика АД в утренние часы в первые 5 сут показала, что и САД и ДАД явно снижается на пятые сутки. В последние 5 сут лечения показатели САД сохранялись такими же, как на 5-ые сут лечения, а ДАД несколько повышалось, в среднем, до 81,5±1,45 мм рт.ст.

Заключение. Таким образом, у больных геронтологической группы в остром периоде инсульта отмечена явная тенденция к снижению САД в ночные часы. Для профилактики осложнений и развития повторных ишемических атак при выборе антигипертензивной терапии в остром периоде инсульта, необходимо учитывать клинико-фармакологические эффекты препаратов, а именно - их влияние на ночное АД.

0987 ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Чепойда П., Бабюк К., Сали В.
ГУМФ «Николае Тестемицану», Республиканская Клиническая Больница, Центр Диализа и Трансплантации почки, Кишинёв, Молдова

Цель: Выявление характера влияния нарушений фосфорно-кальциевого обмена на сердечно-сосудистую систему у пациентов с хроническим пиелонефритом, осложнённым различными степенями хронической болезни почек (ХБП).

Методы: Была изучена группа из 74 пациентов в возрасте до 60 лет: 21 (28,4%) мужчин и 53 (71,6%) женщин с хроническим пиелонефритом, осложнённым различными степенями ХБП (классификация ISN, 2005/ KDOQI, 2002). У больных были исследованы паратгормон, кальцитонин (метод ELISA, киты фирмы DSL), кальций и фосфор крови и мочи. Все пациенты были подвергнуты комплексному исследованию состояния сердечно-сосудистой системы (ЭКГ, ЭхоКГ, глазное дно, допплерография почечных артерий, реовазография артерий нижних конечностей). Группы пациентов в зависимости от степени ХБП были гомогенны с точки зрения АД, пола, возраста и клинической симптоматики основного заболевания. Статистическая обработка была проведена с помощью программы Statistica 6.

Результаты: Концентрация паратгормона (ПТГ) в зависимости от стадии ХБП: ХБП ст. I – 6,12±3,42 пг/мл; ХБП ст. II – 7,15±4,82 пг/мл; ХБП ст. III – 8,78±14,25 пг/мл; ХБП ст. IV – 30,96±40,26 пг/мл; ХБП ст. V – 616,24±521,17 пг/мл. ПТГ коррелировал с величиной гломерулярной фильтрации, креатинина и протеинурией ($p<0,001$). Также были отмечены корреляции с систолическими и диастолическими размерами левого желудочка (ЛЖ) ($p<0,05$), эхо-симптомами гипертрофии ЛЖ ($p<0,05$) и повышением СДПЖ ($p<0,005$). Нарастание ПТГ коррелировало с появлением диастолической дисфункции левого желудочка, что подтверждается параллельным нарастание недостаточности клапана легочной артерии ($p<0,05$). Значения ПТГ были прямо пропорциональны с индексом тоничности, средним сопротивлением почечных артерий, величиной общего почечного кровотока, временем ускорения ($p<0,05$); размерами почек ($p<0,01$). Повышенные значения ПТГ коррелировали с венозным застоем, ангиосклерозом, усилением сосудистого рефлекса, степенью ретинопатии по классификации Keith-Wagener-Barker ($p<0,05$). Корреляционный анализ по методу Kruskal-Wallis обнаружил статистически значимую связь с нарастанием ФК NYHA ($\chi^2=14$; $p<0,001$). Концентрация кальцитонина в зависимости от стадии ХБП: ХБП ст. I – 17,01±11,44 пг/мл; ХБП ст. II – 15,86±12,84 пг/мл; ХБП ст. III – 14,25±8,00 пг/мл; ХБП ст. IV – 11,87±5,97 пг/мл; ХБП ст. V – 12,74±7,88 пг/мл. Значения кальцитонина были обратно пропорциональны толщине МЖП ($p<0,05$) и прямо пропорциональны среднему сопротивлению в почечных артериях ($p<0,05$).

Выводы: Было подтверждено влияние ПТГ на развитие уремической кардиомиопатии и валвуловатии одновременно с прогрессированием ХБП. Отсутствие корреляций между уровнями паратгормона, кальцитонина, кальция и фосфора отражает нарушение функционирования системы фосфорно-кальциевого метаболизма у пациентов с выраженной ХБП.

0988 ОЦЕНКА 10-ЛЕТНЕЙ ДИНАМИКИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КОГОРТЕ МУЖЧИН, ЗАНЯТЫХ В СФЕРЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО ТРУДА

Чепурина Н.А., Деев А.Д.
ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины», Москва, Россия

Различная степень нервно-психического напряжения и физической активности лиц умственного и физического труда приводит к определенной специфике распространенности у них факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ФР ССЗ), раннее выявление и адекватная коррекция которых в условиях поликлиники могут значительно улучшить прогноз.

Цель исследования - оценить динамику ФР ССЗ и их сочетаний за 10 лет наблюдения в амбулаторных условиях в когорте мужчин трудоспособного возраста, занятых в сфере интеллектуального труда высокой напряженности.

В исследование были включены 174 мужчины, возраст которых 10 лет назад составлял 39-57 лет (средний возраст 48,9±4,9 лет). Исходно обследуемые не имели признаков сахарного диабета (СД) 1 и 2 типа, а также клинических и ЭКГ признаков ИБС. Рассматривались как основные ФР ССЗ: семейный анамнез ССЗ, гиперхолестеринемия (ГХС), артериальная гипертония (АГ), избыточная масса тела и ожирение, СД 2 типа, курение, употребление алкоголя, так и дополнительные ФР: учащенная частота сердечных сокращений (ЧСС) и ЭКГ признаки гипертрофии миокарда левого желудочка (ГЛЖ). ФР ССЗ оценивались дважды: ретроспективно на основании медицинской документации и повторно через 10 лет наблюдения тех же пациентов. Анализировалась динамика наиболее часто встречаемых ФР и их сочетаний на фоне проводимой медикаментозной и немедикаментозной коррекции. Определен профиль риска обследуемых, у которых за 10 лет наблюдения развился СД 2 типа.

Исходно 55,2% обследуемых имели семейный анамнез ССЗ. У 39,1% была выявлена АГ 1-2 ст., у 81,0% - ГХС. Избыточная масса тела и ожирение встречались у 46,6% и 5,8% обследуемых, соответственно. 65,5% являлись регулярными курильщиками, 98,3% употребляли алкоголь. Учащенная ЧСС определялась у 11,5% обследуемых, 15,5% имели ЭКГ признаки ГЛЖ.

Через 10 лет наблюдения отмечено увеличение распространенности основных ФР ССЗ: АГ - на 40,2%, избыточной массы тела и ожирения – на 35,6% и 9,2%, соответственно. У 13,8% обследуемых развился СД 2 типа. На 5,8% снизилась распространенность ГХС. Отмечена положительная динамика поведенческих ФР: уменьшение вдвое распространенности курения, снижение на 8,6% употребления алкоголя. При повторном наблюдении у обследуемых в два раза чаще выявлены дополнительные ФР: учащенная ЧСС и ЭКГ признаки ГЛЖ. Изолированные ФР ССЗ исходно встречались у 20,7% обследуемых: преимущественно ГХС или курение - в 12,1% и 6,3% случаев; при повторном наблюдении – у 13,2% обследуемых: преимущественно АГ или ГХС – в 5,2% и 4,6% случаев, соответственно. Сочетание двух и более ФР выявлено первично в 77,0% случаев и в 84,5% через 10 лет.

Определены особенности динамики ФР ССЗ у лиц интеллектуального труда. Высокий уровень психо-эмоционального напряжения приводит к увеличению распространенности АГ (стресс-индуцированная АГ) в сочетании с низкой физической активностью и частым нарушением жирового обмена. Анализ динамики ФР позволяет оценить адекватность проводимого лечения, в том числе эффективность немедикаментозных методов коррекции ФР.

0989 ГЕМИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Чепурная А. Н., Сафуанова Г. Ш., Никуличева В. И., Рахматуллина А. Р., Берг А. Р., Хамитова К. А., Рябчикова Н. М.
Башгосмедуниверситет, Уфа, Россия

Железодефицитная анемия (ЖДА) является одним из самых распространённых заболеваний в мире, при котором наблюдается поражение жизненно важных органов у лиц самого трудоспособного возраста.

Цель: Обосновать патогенетическое значение дефицита железа в развитии гемической кардиопатии.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением были 256 женщин больных ЖДА в возрасте от 18–63 лет (средний возраст составил 39, 1±3,3 года). Из них ЖДА лёгкой степени с длительностью болезни до 5 лет – 79 (31%), ЖДА тяжёлой степени с длительностью болезни 8,03±0,39 лет – 177 (69%). Всем больным диагноз был подтверждён наличием гипохромной анемии, снижением концентрации сывороточного железа и ферритина. У больных изучали электрокардиографию в 12 отведениях, эхокардиографию (ЭхоКГ) (аппарат Sim 5000 «Biomedica» с Доплер приставкой Aloca – 2000, тетраполярной грудной реографии (реоплетизлограф – РПГ – 2 – 02).

Результаты исследования. У больных установлено снижение гемоглобина до 54, 68±1,29 (в контроле 132,5±1,63 г/л), числа эритроцитов до 3,43±0,07*1012/л (в контроле 4,65±0,09*1012/л), цветового показателя 0,6±0,01 (в контроле 0,8±0,01), концентрации гемоглобина в эритроците (МСН) до 16, 66±0, 68 (в контроле 28,27±5,5), сывороточного железа до 5,4±0,17 ммоль/л (в контроле 14,56±0,17 ммоль/л), ферритина до 8,64±0,57 мкг/л (в контроле 60,83±4,25 мкг/л). На ЭКГ констатировано снижение вольтажа основных зубцов, уплощение, двухфазность и инверсия Т зубцов в грудных отведениях. Показатели ЭхоКГ у больных ЖДА с длительностью болезни до 5 лет не отличались от контроля. У больных с ЖДА тяжёлой степени наблюдалось увеличение числа сердечных сокращений (84,14±2,81, у здоровых 76,54±2,66), ударного объёма (УО) в минуту до 118,26±4,08 (у здоровых 79,41±2,72 уд/мин), минутного объёма (МО) до 9,78±0,43 л/мин (в контроле 6,08±0,32 л/мин), ударного индекса (УИ) до 74,38±2,93 мо/м^2 (в контроле 49,44±1,75 мл/м^2), систолического индекса (СИ) до 6,15±0,31 л/мин/м^2 (в контроле 3,81±0,23 л мин/м^2), конечного диастолического объёма (КСО) до 36,72±0,92 мл (в контроле 29,26±0,22 мл), конечного диастолического размера (КДР) до 4,94±0,4 см (в контроле 2,8±0,18 см), уменьшение фракции выброса (ФВ) до 60,45±0,25% (в контроле 66,65±1,06%). Трансмитральный кровоток характеризовался ростом средней скорости раннего наполнения (СС РН) до 0,42±0,03 м/с (в контроле 0,32±0,05 м/с) $p<0,05$. Установлена обратная корреляция сывороточного железа с сердечным индексом ($r=-0,32$), УИ ($r=-0,29$), УО ($r=-0,25$), МО ($r=-0,3$) $p<0,05$.

Выводы. 1. У больных ЖДА тяжёлой степени и длительностью течения более 5 лет снижается содержание гемоглобина в эритроцитах, что приводит к гемической гипоксии, нарушению центральной и сердечной гемодинамики и развитию гемической кардиопатии. 2. Лечение железосодержащими препаратами (Сорбифер Дурулес 100 мг два раза в сутки в течение 3 месяцев) приводит к восстановлению обмена железа, содержания кислорода в тканях, коррекции гипоксии у больных и нормализации центральной и сердечной гемодинамики.

0990 ОЦЕНКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛЕВЫХ КАМЕР СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ВЫРАЖЕННОЙ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИЕЙ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Червонописка Е.М.
ННЦ «Институт кардиологии имени академика Н.Д.Стражеско», Киев, Украина

Цель: изучить структурно-функциональные особенности левого желудочка (ЛЖ) и левого предсердия (ЛП) у пациентов с разными типами диастолического наполнения (ДН) и выраженной митральной регургитацией (МР) ишемического генеза.

Методы: Трансторакальное ультразвуковое исследование сердца выполнено 39 пациентам со стабильными формами ИБС, выраженной митральной регургитацией, I-III функциональным классом сердечной недостаточности по критериям NYHA. В режиме 2D оценивали объемы левых камер, рассчитывали их фракцию выброса (ФВ). В режиме PW изучали состояние диастолического трансмитрального потока и систолического потока в выносящем тракте ЛЖ. В режиме CW проводили количественную оценку потока МР, исходя из параметров: максимальная скорость потока МР (Vreg), интеграл линейной скорости потока МР (VTI reg), атрио-вентрикулярный градиент давления в момент регистрации максимальной скорости потока МР (ΔP reg) и время, за которое скорость потока МР изменяется от 1 до 3 м/с (Δt reg). Рассчитывали показатель $\Delta p/\Delta t$.

Результаты: Пациентов распределили на группы сравнения в зависимости от состояния ДН ЛЖ. В первой группе показатели трансмитрального потока отражали ДН по типу нарушения расслабления миокарда, показатели ударного выброса кро-

ви в аорту были в пределах нормы, ФВ ЛЖ составляла (45,56±3,07%). Во второй группе ФВ ЛЖ составляла (46,92±5,01%), показатели трансмитрального потока отражали псевдонормализацию ДН и ухудшение сократительной функции ЛП. Скоростные и интегральные характеристики трансаортального потока были не изменены. Изучаемые параметры потока МР в первой и второй группе существенно не отличались. В третьей группе определен рестриктивный тип ДН ЛЖ, выявлена выраженная диастолическая и систолическая дилатация и сферизация левых камер сердца, угнетение их сократительной способности. ФВ ЛЖ составляла (26,92±8,01%). V reg была (4,13±0,35 м/с); ΔP reg – (69,92±10,24 мм) Hg, что не отличалось от данных в первой и второй группе. При этом значения VTI reg, Δt reg, Δp/Δt в третьей группе были достоверно изменены по сравнению с таковыми в других группах и отражали выраженную систолическую дисфункцию ЛЖ.

Выводы: Результаты свидетельствуют, что МР является важной характеристикой систолической функции ЛЖ. Роль этого феномена у пациентов с различными типами ДН неоднозначна. Структурно-функциональные изменения левых камер сердца у пациентов с ДН ЛЖ по типу нарушения расслабления миокарда и по типу псевдонормализации трансмитрального потока являются компенсаторными. Структурно-функциональные изменения при формировании рестриктивного типа ДН – это проявления декомпенсации. При хроническом ишемическом повреждении миокарда диастолические расстройства предшествуют изменениям систолической функции ЛЖ.

0991 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ЛИЦ УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ОПИОИДНЫЕ НАРКОТИКИ

Черепнин Д.А., Поликарпов Л.С., Петрова М.М.
ГУ НИИ медицинских проблем севера СО РАМН, Красноярск, Россия; ГОУ ВПО Красноярская Государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, Красноярск, Россия

Цель исследования: Выявить зависимость степени артериальной гипертензии от длительности приема наркотиков.

Методы исследования: общий клинический осмотр, измерение артериального давления, общий анализ мочи (ОАМ), общий анализ крови (ОАК), биохимический анализ крови (креатинин, мочевина, общий белок, белковые фракции, билирубин, калий, натрий сыворотки крови, показатели гемостаза, общий холестерин крови). Обследовано 94 человека, мужчин в возрасте 17-36 лет, употребляющих опиоидные наркотики, находившихся на лечении в нефрологическом отделении за период с 2000 по 2003гг.

При обследовании в нефрологическом отделении с 2000 по 2003гг диагноз нефропатия у больных с наркоманией был выставлен у 94 мужчин в возрасте 17–36 лет, средний возраст 24±0,3 лет. Указанные больные принимали преимущественно дериваты опия. Были выделены 3 группы больных, в зависимости от длительности приема наркотиков. В 1 группу были включены лица с длительностью приема наркотиков до 5 лет (54 человека), во 2 группу - 5-10 лет (32 человек), в 3 группу 10 и более лет (8 человек). У обследуемых больных поражение почек протекало по типу хронического гломерулонефрита. Доминировал смешанный вариант течения у 71,3%. Варианты течения хронического гломерулонефрита – гипертонический, латентный и нефротический встречались в 18,1%, 7,4% и 3,2% соответственно. Нами было выявлено, что латентный вариант течения хронического гломерулонефрита в первой группе больных наблюдался у 5,5%, гипертонический – у 21,8%, смешанный – 72,7% в котором клиника нефротического синдрома преобладала у 17,5%, а клиника гипертонического синдрома у 82,5%. У лиц с гипертоническим синдромом средние показатели систолического артериального давления (САД) составили 173,6±27,9 мм рт.ст., диастолического артериального давления (ДАД) 105,5±12,5 мм рт.ст. Во второй группе латентный вариант течения хронического гломерулонефрита наблюдался у 12,5%, гипертонический – у 12,5%, нефротический – у 3,1%, смешанный – у 71,9% в котором клиника нефротического синдрома преобладала у 13%, а клиника гипертонического синдрома у 87%. У лиц с гипертоническим синдромом средние показатели САД составили 177,3±28,3 мм рт.ст., ДАД 111,3±16,4 мм рт.ст.. В третей группе гипертонический вариант течения хронического гломерулонефрита наблюдался у 28,6%, а смешанный – у 71,4% в котором клиника гипертонического синдрома преобладала во всех случаях. У лиц с гипертоническим синдромом средние показатели САД составили 178,6±15,7 мм рт.ст., ДАД 111,4±14,6 мм рт.ст.

Выводы. Установлено, что длительность приема наркотиков не влияет на степень артериальной гипертензии. Частота возникновения и тяжесть ХПН имеют прямую зависимость от длительности приема наркотических средств.

0992 ЗНАЧЕНИЕ ГЕНА β1-АДРЕНОРЕЦЕПОРОВ В ГЕНЕЗЕ НАСЛЕДСТВЕННОГО СИНДРОМА СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА

Чернова А.А.
ГОУ ВПО КрасГМА, Красноярск, Россия; ГУ НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель исследования: выявить частоты генотипов и аллелей по полиморфизму гена β1- адренорецепторов у больных синдромом слабости синусового узла, их родственников I, II, III степени родства и лиц контрольной группы.

Материал и методы. Из базы данных кафедры терапии №1 г. Красноярска были отобраны 29 семей с наследственным синдромом слабости синусового узла. Среди пробандов было 20 женщин и 9 мужчин, средний возраст составил 58±0,15 лет. Среди родственников I, II и III степени родства было 65 мужчин и 68 женщин, средний возраст 39±0,13 лет. Всем был проведен клинический осмотр, электрокардиография, велоэргометрия, холтеровское мониторирование ЭКГ, атропиновая проба, чреспищеводная стимуляция левого предсердия, эхокардиоскопия, кардиоритмография. Молекулярно-генетическое исследование проводилось в лаборатории медицинской генетики ГУ НИИ терапии СО РАМН Новосибирска. Были взяты образцы крови 108 человек (16 пробандов и 33 их родственника с наследственным СССУ, подтвержденным с помощью чреспищеводной стимуляции левого предсердия, и 59 их здоровых родственников). Группа контроля представлена популяционной выборкой из 198 человек в возрасте 25-64 года. Для исследований был выбран маркер гена β1- адренорецепторов - Ser49Gly с заменой A на G в позиции 145. Выявление полиморфного сайта выполнялось методом аллель-специфической полимеразной цепной реакции. Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета программ “SPSS-11.5”.Соответствие распределения аллелей и генотипов равновесию Харди-Вайнберга, сравнительный анализ частот генотипов выполнялось с использованием критерия $\chi 2$.

Результаты и обсуждение. По полиморфизму Ser49Gly гена β1-адренорецепторов нами прогенотипировано 49 больных с синдромом слабости синусового узла, 59 - их здоровых родственников I, II и III степени родства и 198 - лиц контрольной группы. По результатам полимеразной цепной реакции выявлены 3 вида генотипов β1- адренорецепторов: Ser49Ser - гомозиготный дикий, Ser49Gly - гетерозиготный, Gly49Gly - гомозиготный мутантный. Установлено достоверное преобладание гетерозиготного генотипа Ser49Gly у больных синдромом слабости синусового узла (36%) по сравнению с их здоровыми родственниками (25%) и лицами контрольной группы (19%).В группе больных с синдромом слабости синусового узла отмечено статистически значимое преобладание носителей мутантного аллеля Gly49 (37%) в отличие от их здоровых родственников (30%) и лиц контрольной (22%) группы. У носителей мутантного аллеля Gly49 риск развития синдрома слабости синусового узла в 2 раза выше, чем в популяции.

Таким образом, изученные генетические маркеры могут быть использованы для выявления предрасположенности к наследственному синдрому слабости синусового узла.

0993 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СФИГМОПЛЕТИЗМОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ИВАБРАДИНОМ

Чернявина А.И., Суровцева М.В., Ельцова М.А., Козиолова Н.А.
ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А.Вагнера Росздрава», Пермь, Россия

Цель: изучить динамику показателей сфигмоплетизмографии у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемической этиологии на фоне стандартной терапии в сочетании с ивабрадином.

Методы: представлен фрагмент клинического исследования. Обследовано 17 человек стабильной стенокардией (СС) II-III функционального класса (ФК), осложненной ХСН II-III ФК. Средний возраст - 57,06±7,67. Пациенты на фоне стандартной терапии, включавшей ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, бета-адреноблокаторы, антиагреганты и статины, получали ивабрадин в дозе 2,5-7,5 мг 2 раза в сутки. Длительность терапии ивабрадином составила 6 месяцев. Всем пациентам до и после лечения была проведена сфигмоплетизмография на приборе VaSera VS-1000 (Fucuda Denshi, Япония). Определялись скорость распространения пульсовой волны справа и слева (R-PWV, L-PWV), сердечно-лодыжечно-сосудистый индекс (CAVI1), показатели центральной гемодинамики: скорость распространения пульсовой волны аорты (PWV), скорость распространения пульсовой волны сонной артерии (C-PWV), индекс усиления систолического АД (R-AI – показатель плечевой плетизмограммы, C-AI – показатель сфигмограммы сонной артерии). Оценивались показатели сократительной функции сердца: ET – время изгнания, PEP – время напряжения и отношение PEP/ET.

Результаты: в ходе 6-месячного лечения ивабрадином отмечена достоверная положительная динамика ФК стенокардии и ХСН. До лечения R-PWV составляла 13,87±1,71 м/с, L-PWV - 13,89±1,79 м/с. Через 6 месяцев терапии показатели R-PWV и L-PWV достоверно уменьшились до 12,64±1,6 м/с и 12,5±1,96 м/с соответственно (p=0,03; p=0,03). Индекс CAVI1 достоверно снизился с 9,26±1,95 до 7,59±1,18 (p=0,005). PWV в аорте до лечения составила 8,18±3,63 м/с, после лечения – 4,74±1,27 м/с (p=0,003). C-PWV до лечения составила 1,56±2,1 м/с, после лечения – 0,38±0,2 м/с (p=0,02). Индекс R-AI на фоне терапии достоверно снизился с 1,26±0,2 до 1,0±0,23 (p=0,001). Индекс C-AI также достоверно снизился с 1,52±0,31 до 1,21±0,22 (p=0,002). На фоне лечения ивабрадином отмечена достоверная положительная динамика показателей систолической функции: PEP уменьшилось с 121,76±23,57 мс до 91,18±27,4 мс (p<0,001), ET – с 310,1±29,75 мс до 277,7±49,6 мс (p=0,028), PEP/ET уменьшился с 0,41±0,11 до 0,28±0,12 (p=0,002).

Выводы: на фоне комплексной терапии СС II-III ФК, осложненной ХСН II-III ФК, в сочетании с ивабрадином у пациентов отмечена положительная динамика. Достоверно снизились R-PWV, L-PWV, CAVI1, показатели центральной гемодинамики (PWV, C-PWV, индекс отраженной волны (R-AI, C-AI)). Кроме того, на фоне лечения отмечено достоверное улучшение показателей систолической функции сердца (ET, PEP, отношение PEP/ET).

0994 СОСТОЯНИЕ КОРОНАРНОГО РЕЗЕРВА ПО ДАННЫМ ПЕРФУЗИОННОЙ ТОМОСЦИНТИГРАФИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Чижикова О.А., Багмет А.Д., Таютина Т.В., Зайцева Н С., Скачедуб И.А.
Ростовский государственный медицинский университет. Ростов-на-Дону, Россия

Цель: изучить характер поражения миокарда, оценить коронарный резерв у мужчин с артериальной гипертензией, ассоциированной с метаболическим синдромом.

Методы: обследовано 22 пациента - мужчины молодого и среднего возраста с артериальной гипертензией 1-2 степени, которые были разделены на 3 группы. 1-я группа - 7 мужчин молодого возраста с артериальной гипертензией и ожирением, 2-я группа - 7 мужчин молодого возраста, больных артериальной гипертензией, ассоциированной с ожирением и дислипидемией (метаболический синдром), 3-я группа - молодые мужчины с нормальной массой тела и артериальной гипертензией 1-2 степени. Выполнены: общеклинические анализы крови и мочи, ЭКГ, эхокардиография, суточное мониторирование артериального давления, перфузионная томосцинтиграфия миокарда.

Результаты: в покое во всех трех группах выявлены дефекты перфузии в системе кровоснабжения правой коронарной артерии - в среднем 24,8% в группе больных с артериальной гипертензией и нормальной массой тела, 20% в группе больных с артериальной гипертензией и ожирением, 10,3% в группе больных с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом. Дефекты перфузии в системе кровоснабжения левой нисходящей артерии выявлены в 4% в 1-й группе больных, в 8% во 1-й группе больных, в 19,3% во 2-й группе больных. Увеличение дефектов перфузии при проведении нагрузочной пробы также выявлены во всех трех группах и составили в среднем до 16,3 г в группе больных с артериальной гипертензией и нормальной массой тела, до 22 г в группе больных с артериальной гипертензией и ожирением, до 16 г в группе больных с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом. При этом обратимость выявленных дефектов в группе больных с нормальной массой тела составила 68,2%, у трети больных эти дефекты были полностью обратимы. Кроме того, отмечалась тенденция к уменьшению имеющихся дефектов в момент физической нагрузки (в среднем до 4,5 г). Обратимость выявленных дефектов перфузии в группе больных с артериальной гипертензией и ожирением составила 46%. В группе больных с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом на фоне физической нагрузки отмечалось появление новых дефектов перфузии в общей сложности до 2 г, при этом уже имеющиеся дефекты были в трети случаев необратимы.

Выводы: полученные данные свидетельствуют о наличии изменений коронарного резерва у больных с артериальной гипертензией на уровне микроциркуляции без клинических проявлений ишемической болезни сердца. Дефекты перфузии миокарда, в том числе стойкие, чаще встречались в группе больных с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом, что является дополнительным неблагоприятным фактором в прогнозе заболевания и жизни данной категории больных, и требует более углубленного дальнейшего обследования и своевременного адекватного лечения.

0995 ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АОРТАЛЬНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Чиликина Н.В., Аркадьева Г.В., Седов А.Н., Радзевич А.Э.
Московский медико-стоматологический университет, Москва, Россия

Цель работы: оценить клиническое течение аортальных пороков сердца в различных возрастных группах после протезирования аортального клапана (ПАК).

Материалы и методы: в исследование включено 27 пациентов, которым выполнена реконструктивная операция на аортальном клапане (АК) как изолированно, так и в сочетании с коронарным шунтированием (4 пациента). Пациентам были имплантированы механические двустворчатые протезы («МедИнж-2», «МИКС», Carbomedics). Средний возраст составил 54,6±11,7, большинство мужчины – 62,9% в возрасте от 23 до 67 лет, женщины – 37,1% от 37 до 72 лет. Пациенты были разделены на группы по возрасту: до 45 лет (1гр.) – 8 (29,6%) человек, от 45 до 65 лет (2гр.) – 14 (51,9%) человек, 65 лет и старше (3гр.) – 5 (18,5%) человек. В 63% случаев причиной порока был атеросклероз и дете-

неративные изменения, у 25,9% пациентов – ревматизм, у 11% - врожденный порок сердца (двустворчатый АК). Длительность заболевания в среднем 12,1±9,6 лет. Жалобы не предъявляли 7% больных. Синусовый ритм имели 85.2% пациентов, 14.8% имели постоянную форму мерцательной аритмии. У 81,5% пациентов имела место НК IIА ст., у 18,5% - НКIIБ ст. Низкую толерантность к физической нагрузке и III-IV ФК (NYHA) имели 59,3% пациентов. Больные были обследованы через год после ПАК. Все больные получали оральный антикоагулянт – варфарин (Nycomed, Дания) под контролем МНО.

Результаты: через год после ПАК пациенты отмечали высокую степень независимости в повседневной жизни по сравнению с дооперационным периодом. Не было ни одного пациента находящегося в IV ФК (NYHA). На фоне терапии 82,3% пациентов находились в I и II ФК. Процент пациентов с синусовым ритмом составил 88,9%. По данным ЭхоКГ наблюдалось уменьшение полостей левых отделов сердца, снижение массы миокарда левого желудочка, увеличение показателей сократительной функции миокарда у пациентов во всех возрастных группах. Достоверное уменьшение степени гипертрофии наблюдалось у пациентов с ревматическим и атеросклеротическим поражением АК, у пациентов старшей возрастной группы. За время наблюдения у 1 пациента наблюдалось преходящее нарушение мозгового кровообращения на фоне неконтролируемого приема варфарина (принимал оральный антикоагулянт эпизодически в силу удовлетворительного самочувствия).

Выводы: наиболее часто встречающимся является атеросклеротический генез аортального порока, при котором не наблюдается развития изолированной недостаточности АК: в основном выявлена клиника аортального стеноза; при ревматическом процессе – сочетанные формы порока. Снижение ФК (по NYHA) через год после ПАК свидетельствует об эффективности оперативного лечения. Больным с механическим ИКС показана пожизненная терапия оральными антикоагулянтами с целью профилактики тромбозов, источником которых является тромбированная поверхность протеза клапана. Ежемесячное определение МНО позволяет контролировать эффективность и безопасность антикоагулянтной терапии.

0996 ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ИСКУССТВЕННЫМИ КЛАПАНАМИ СЕРДЦА

Чиликина Н.В., Аркадьева Г.В., Седов А.Н., Радзевич А.Э.
Московский медико-стоматологический университет, Москва, Россия

Цель работы: оценка комплексного звена гемостаза у больных с приобретенными пороками сердца, у которых выявлены факторы риска тромбообразования: кальциноз, кардио-атриомегалия, мерцательная аритмия; исследование показателей системного гемостаза после имплантации механических клапанов сердца.

Материалы и методы: обследовано 47 пациентов, которым выполнена реконструктивная операция. Средний возраст составил 56,7±4,2 (от 27 до 68 лет). Исследовали показатели гемостаза в предоперационном периоде, на этапе стационарно-реабилитационного лечения и в послеоперационном периоде.

Результаты: в предоперационном периоде выявлена общая активация свертывания у 34 (72,3%) пациентов, отмечено повышение уровня маркеров тромбинемии (РФМК) у 28 (60%) пациентов; наблюдалась тенденция к снижению активности АТ-III в 47% случаев, умеренная активация тромбоцитарного звена гемостаза. В послеоперационном периоде, несмотря на антикоагулянтную терапию оральными антикоагулянтами (ОАК) и низкомолекулярными гепаринами, сохранялась общая активация свертывания: уровень маркеров тромбинемии был повышен в 87% наблюдений. На фоне приема варфарина отмечалась умеренная гипопротромбинемия у 17 (36%) пациентов. После имплантации ИКС у 21 (44,7%) пациента скорость агрегационного процесса увеличилась в 2,5 раза

(от 1.8 до 3,1 %/мин). Наблюдалось укорочение времени агрегации в 25% случаев.

Выводы: выявленные изменения в системе гемостаза косвенно подчеркивают риск тромбоза ИКС на фоне активации свертывания, несмотря на прием ОАК, что диктует необходимость дополнительного назначения антиагрегантных препаратов у больных с ИКС. Нерегулярный прием антикоагулянтов и отсутствие контроля за показателями МНО повышает риск развития тромбоэмболических осложнений в отдаленном послеоперационном периоде.

0997 ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ ЯНТАРНОЙ КИСЛОТЫ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Чиныбаева А.А., Мукажанова Г.А.
Государственная Медицинская Академия, Семей, Казахстан

Цель: Улучшение прогноза больных нестабильной стенокардией на фоне оптимизации лечения цитофлавином.

Методы: В исследование включено 40 больных с нестабильной стенокардией. Базисная терапия включала антиагреганты нитраты,бета-адреноблокаторы и антикоагулянты. Для регистрации эпизодов ишемии миокарда исходно, на 5-6 сутки поступления больных в стационар после стабилизации состояния пациента и перевода его на оральные нитраты осуществлялось холтеровское мониторирование ЭКГ при помощи мониторного компьютерного комплекса <Кардиотехника-4000> (фирма ИНКАРТ Санкт-Петербург. Во время мониторирования производились дозированные физические нагрузки подъем по лестнице. Оценивался объем выполненной работы (ОВР), длительность нагрузки, мощность, ОВР до появления депрессии сегмента ST, равной 1 мм, депрессия ST при идентичном ОВР ,длительность нагрузки до идентичной депрессии ST.

Методом случайного распределения 20 больным (основная группа) на фоне базисной терапии был назначен Цитофлавин в дозе 10 мл в/в капельно (30 капель/мин) 2 раза в сутки в 10% растворе глюкозы. Контрольную группу составили больные нестабильной стенокардией находящиеся только на базисной терапии. На десятые сутки после первого введения препарата осуществлялось повторное суточное мониторирование ЭКГ с проведением дозированных лестничных. Далее СМ ЭКГ проводилось через 1 месяц.

Результаты и обсуждение. Средний уровень ОВР у больных нестабильной стенокардией не принимавших цитофлавин (контрольная группа) составил 925 кгм. У больных прошедших курс лечения цитофлавином (основная группа) средний уровень ОВР составил 1175кгм.

У 75% больных в основной группе в среднем в 1,5 раза уменьшились общее количество и суммарная длительность эпизодов ишемии. Наибольший прирост толерантности к физической нагрузке, достоверное снижение количества и продолжительности эпизодов ишемии миокарда выявлены у больных нестабильной стенокардией на фоне лечения цитофлавином, что говорит о том, что компоненты, входящие в состав цитофлавина оказывают ко-эргическое, метаболотропное действие, уменьшают активацию перикисного окисления липидов в условиях ишемии.

Таким образом, цитофлавин именно в условиях ишемического поражения клеток миокарда обладает антиоксидантным, антиангинальным и антигипоксическим действием.

0998 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ЭКВАТОР У БОЛЬНЫХ ШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Чичановская Л.В., Соловьева А.В., Некрасова Т.М., Бардукова Е.А.
ГОУ ВПО «Тверская ГМА» Росздрава, Тверь, Россия

Цель работы: изучить эффективность препарата Экватор (действующие вещества — лизиноприл в дозе 10 мг, амлодипин в дозе 5 мг; производитель — «Gedeon Richter», Венгрия) у пациентов, страдающих ишемическим инсультом (ИИ), развившемся на фоне артериальной гипертонии (АГ).

Материалы и методы: Обследовано 60 пациентов (мужчин - 31, женщин – 29; средний возраст – 63,39±0,52 лет) с указанной патологией. Они в течение 28 дней стационарного лечения получали антигипертензивную терапию препаратом Экватор (1 таблетка в сутки) и базисную инфузионную терапию, направленную на коррекцию центральной и церебральной гемодинамики и на борьбу с отеком мозга.

Для объективизации тяжести состояния были использованы две взаимно дополняющие шкалы: шкала Оргогозо и оригинальная клиническая.

Помимо клинического обследования, всем пациентам в 1 и 28 день госпитализации определяли уровень антител к основному белку миелина (ОБМ).

До включения в исследование не получали антигипертензивных препаратов 22 (36,7%) пациента, на монотерапии находились 29 (48,3%) пациентов, два и более препарата принимали 9 (15%) пациентов.

После включения в исследование пациентам назначали либо терапию Экватором, либо Экватор сочетали с другими антигипертензивными препаратами.

Результаты: Тяжесть состояния больных при поступлении составила 42,1±1,39 баллов по оригинальной клинической шкале и 64,3±1,4 баллов по шкале Оргогозо. В динамике выявлено значительное повышение суммарного балла по обеим шкалам: 46,2±0,48 по оригинальной шкале и 82,5±4,3 по шкале Оргогозо ($p<0,05$).

Через 28 дней терапии было достигнуто статистически значимое снижение АД. Систолическое АД (САД) снизилось со 170,3±0,28 до 141,7±0,42 мм рт.ст. ($p<0,05$). Диастолическое АД (ДАД) снизилось с 94,3±0,51 до 81,3±0,17 мм рт.ст. ($p<0,05$). Целевых уровней АД достигли 49 пациентов (81,6%). При этом терапию экватором получали 52 (86,7%) пациента, а комбинацию экватора с другими препаратами – 9 (23,3%) обследованных.

Частота сердечных сокращений у пациентов уменьшилась с 80,0±8,7 до 78,0±10,69, однако эти изменения не были статистически достоверными.

В первый день поступления у больных определялся высокий уровень антител к ОБМ (0,242±0,011 ед ОП). Динамическое наблюдение за пациентами и определение содержания антител к ОБМ после лечения показало, что у пациентов, получавших экватор, уровень антител к ОБМ достоверно снизился ($p<0,05$) и составил 0,180±0,02 ед ОП (то есть на 29,81 % от исходного уровня).

Эффективность терапии, основанной на применении экватора, оценена, как отличная в 82% случаев, и хорошая – в 16% случаев. Переносимость препарата отмечена как отличная в 89% случаев, как хорошая - в 9% случаев.

Выводы: Экватор в дозе 1 таблетка в сутки является эффективным и безопасным препаратом, достоверно снижающим уровень, как САД, так и ДАД у больных ИИ, развившемся на фоне АГ. Снижение показателей содержания антител к ОБМ может свидетельствовать о нейропротективном эффекте Экватора и способности его к демиелинизации. Вместе с тем, этот факт требует дальнейшего изучения.

0999 АНАЛИЗ ПОЛИМОРФИЗМА НЕКОТОРЫХ ГЕНОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ СКОРОСТЬЮ ТРАНСМЕМБРАННОГО ИОНОТРАНСПОРТА

Чугунова Д.Н., Хасанов Н.Р., Ослопов В.Н.
КГМУ, кафедра пропедевтики внутренних болезней, Казань, Республика Татарстан, Россия

Цель: изучить ассоциацию полиморфизма генов ABCA1, ACE, ADRB1, AIF, ANG, APOAV, CASP9, EAAT, eNOS, EPHRIN B3, GLUR1, GLUR2, HIF, PARP1 у больных гипертонической болезнью (ГБ) с различными диапазонами скорости Na\+Li+-противотранспорта в мембране эритроцита.

Методы: В исследование включено 301 житель РТ татарской национальности в возрасте от 18 до 55 лет, в т.ч. 69 больных гипертонической болезнью I-II стадии, которым проводилось определение скорости Na\+Li+-противотранспорта в эритроците по методу M.Canessa (1980г.). Идентификация аллелей полиморфных маркеров проводилась методом ПЦР.

Результаты: В соответствии со скоростью Na\+Li+-противотранспорта в эритроците, все больные ГБ были поделены на 4 квартиля. В I квартиль (скорость Na\+Li+-противотранспорта до 203 мкмоль Li/л. кл. в час) вошли 11 больных ГБ, во II квартиль (скорость Na\+Li+-противотранспорта 204-271 мкмоль Li/л. кл. в час) – 16 больных ГБ, в III квартиль (скорость Na\+Li+-противотранспорта 272-345 мкмоль Li/л. кл. в час) – 18 больных и в IV квартиль (скорость Na\+Li+-противотранспорта более 346 мкмоль Li/л. кл. в час) – 24 пациента. Анализ полиморфизма генов-кандидатов показал достоверно более высокую частоту генотипа GG rs545098 GLUR1 гена глутаматового рецептора I типа у всех групп больных ГБ по сравнению с популяцией в целом. Межквартильный анализ показал более высокую частоту генотипа AT rs7141 EPHRIN B3 гена рецептора тирозинкиназы у больных ГБ II квартиля по сравнению с пациентами I и III квартилей (с учетом поправки Йетса $p=0,039$ и $p=0,037$ соответственно).

Выводы: 1. Генотип GG rs545098 GLUR1 ассоциирован с артериальной гипертонией среди татарского населения РТ. 2. Межквартильные различия частоты встречаемости генотипа AT rs7141 EPHRIN B3 позволяют нам предположить генетическую детерминированность скорости Na+\Li+- противотранспорта в мембране эритроцита.

1000 ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

Чукаева И.И., Орлова Н.В., Спирякина Я.Г., Осипова Н.Н.
ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

Цель: Проанализировать динамику цитокинов – интерферона γ, интерлейкинов 4, 6, 8, 10 - у больных инфарктом миокарда с сопутствующим сахарным диабетом II типа и сопоставить с течением заболевания.

Методы: Нами были обследованы 58 пациентов с инфарктом миокарда (ИМ), из них 24 больных с сопутствующим сахарным диабетом II типа (СД). Контрольную группу составили 40 пациентов с ИБС без признаков некроза миокарда. Средний возраст больных составил 66,1 лет. Определение цитокинов (интерферона γ (ИНФ γ), интерлейкинов (ИЛ) 4, ИЛ 6, ИЛ 8, ИЛ 10) производилось методом твердофазного иммуноферментного анализа на 1, 7, 14 и 21 сутки заболевания. Использовались наборы реактивов для иммуноферментного анализа цитокинов (ИНФ γ, ИЛ 4, ИЛ 6, ИЛ 8, ИЛ 10) человека фирмы «Протеиновый контур» (Санкт-Петербург). Полученные данные обработаны на персональном компьютере на базе Intel Celeron в программной среде Microsoft Excel с использованием встроенного «Пакета анализа».

Результаты: У всех больных инфарктом миокарда отмечается повышение уровней про- и противовоспалительных цитокинов (ИНФ γ, ИЛ 4, ИЛ 6, ИЛ 8, ИЛ 10) начиная с 1-7 суток заболевания с постепенным дальнейшим снижением их концентраций. Интерферон γ повышается у больных с сопутствующим СД в первые сутки ИМ значительнее, чем у больных без СД ($p<0,001$) и сохраняется повышенным на протяжении всего периода наблюдения. В отличие от группы пациентов без СД, где пик концентрации интерферона приходится на 7 сутки, максимальные его значения у больных с сахарным диабетом II типа зафиксированы на 14 сутки инфаркта миокарда. В группе больных ИМ и СД уровень ИЛ 4 оказался недостоверно ниже, чем у пациентов без СД

уровень ИЛ 6 у больных СД в 1-14 сутки ИМ достоверно ниже, чем у пациентов, не страдающих СД ($p<0,05$). Пациенты, страдающие сахарным диабетом II типа, показали достоверно более высокие уровни интерлейкина 8 с 1 по 21 сутки инфаркта миокарда, чем больные без СД ($p<0,001$). Концентрация интерлейкина 10 в первые 7 суток инфаркта миокарда у пациентов с сопутствующим сахарным диабетом II типа достоверно понижена ($p<0,001$). У больных инфарктом миокарда с сахар-

ным диабетом II типа чаще встречалось осложненное течение заболевания (отек легких, рецидив, кардиогенный шок, нарушения ритма) (75%); в остром периоде ИМ погибли 12,5% больных.

Выводы: Полученные данные свидетельствуют о более тяжелом течении инфаркта миокарда у больных с сопутствующим сахарным диабетом II типа. Выявленная динамика цитокинов у больных ИМ с сопутствующим сахарным диабетом II типа позволяет говорить о большей активности и длительности процессов воспаления у данной группы пациентов, что является предиктором более тяжелого течения ИМ и, безусловно, может влиять на прогноз заболевания.

1001 ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ЛАБОРАТОРНЫХ МАРКЕРОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Чулков В.С., Синицын С.П., Вереина Н.К.
ГОУ ВПО «ЧелГМА Росздрава», Челябинск, Россия

Цель исследования: изучить особенности структурно-функциональных показателей сердца, параметров центральной гемодинамики, а также функций эндотелия (оксид азота: нитраты, нитриты, фактор Виллебранда) у беременных с АГ и без АГ во II триместре беременности (14-28 недель).

Материалы и методы исследования: обследовано 98 беременных, которые были разделены на 2 группы: группа 1 - с АГ (n=68), группа 2 – без артериальной гипертензии (n=28).

В качестве лабораторных маркеров функции эндотелия использовалось определение оксида азота и его метаболитов (нитриты, нитраты) в крови по методу Емченко Н.Л. с соавт. (1994), а также изучалась количественная активность фактора Виллебранда по агглютинации тромбоцитов в присутствии ристомицина на агрегометре Биола LA 230-2» (Россия). Эхокардиоскопическое исследование выполнено на ультразвуковой сканере «Sonos 100» («HP», Германия) с датчиком 3,25 МГц в М- и В-режимах. Оценивались следующие показатели: ММЛЖ, ИММЛЖ, УО, УИ, СИ, МОК, ОПСС.

Результаты исследования. Изучение показателей гемодинамики выявило, что в группе беременных с АГ средние значения УО и МОК выше на 15% и 11,5% соответственно, чем в группе без АГ ($p<0,05$).

Повышение ИММ (более 80 г/м^2) выявлено у 46 из 68 беременных с АГ (67,6%), гипертрофия левого желудочка (ИММ свыше 110 г/м^2) выявлена у 14 беременных (20,6%). Соответственно, выявлено статистически значимое повышение ММЛЖ (на 18,4%, $p=0,019$). Одновременно установлено, что у беременных без АГ ОПСС снижается на 8,8% ($p=0,066$) по сравнению со значением этого параметра в группе беременных с АГ. Различия показателей УИ, СИ, ФВ в группах сравнения оказались статистически незначимыми.

Изучение лабораторных маркеров дисфункции эндотелия выявило снижение на 26,3% общего оксида азота ($p<0,001$), нитритов на 29,5% ($p<0,001$) и нитратов на 23,9% ($p<0,001$) в группе беременных с АГ в сравнении с беременными без АГ. Уровень фактора Виллебранда оказался также на 63,5% выше в группе беременных с АГ, чем без АГ ($p<0,001$).

Выводы: 1.При изучении показателей внутрисердечной гемодинамики отмечалось повышение УО, МОК, а также ММЛЖ и ИММЛЖ у беременных с АГ в сравнении с беременными без АГ. 2.У женщин с АГ на фоне беременности выявляются лабораторные признаки дисфункции эндотелия: снижение вазодилататоров (оксид азота и его метаболиты) и увеличение уровня фактора Виллебранда.

1002 ИЗВИТОСТЬ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ МОЖЕТ БЫТЬ ФАКТОРОМ РИСКА КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

Чумакова Г.А., Подковыркин В.В.
Алтайский краевой кардиологический диспансер, Барнаул, Россия; АГМУ, Барнаул, Россия

Наиболее частой причиной синдрома стенокардии является атеросклероз коронарных артерий (КА). Однако широкое распространение коронарографии позволило обнаружить, что у больных со стенокардией нередко выявляется такая патология коронарных сосудов, как атрезия, мышечные мостики, патологическая извитость, клиническое значение которых изучено недостаточно.

Цель исследования: Изучить связь извитости коронарных артерий (ПИКА) и атеросклероза коронарных артерий.

Материал и методы: Обследовано 54 пациента, у которых при коронароангиографии выявилась патологическая извитость коронарных артерий и 31 больной, у которых прикоронарографии не выявлено патологии. У всех пациентов имелись клинические критерии синдрома стенокардии. Всем больным для диагностики преходящей ишемии миокарда проводились велоэргометрия, стресс-эхокардиография с чреспищеводной стимуляцией предсердий и сцинтиграфия миокарда с 99Tc. Была изучена динамика липидного спектра крови, уровней С-реактивного белка, интерлейкина-6, гомоцистеина.

Результаты: Больные были разделены на 3 группы, сравнимые по полу, возрасту, наличию основных сопутствующих заболеваний и факторов риска. Группу 1 составили 32 больных (37,6%), у которых были выявлена признаки атеросклероза основных стволов коронарных артерий в зонах ПИКА, группу 2 - 22 больных (25,9%), у которых ПИКА не сопровождалась ангиографическими признаками коронарного атеросклероза. Группу 3 составил 31 больной (36,4%), у которых не было выявлено ни признаков коронарного атеросклероза, ни ПИКА. У 19 больных из группы 2 были выявлены признаки преходящей ишемии миокарда по одному, двум или всем трем видам нагрузочных тестов, что позволяет предположить, что ПИКА мог быть самостоятельной причиной развития синдрома стенокардии. Кроме того, нами была проведена повторная рандомизация больных 1 и 3 групп по критериям, необходимым для оценки риска развития атеросклероза по Фрамингемской шкале. Были сформированы группы 1А и 3А, сопоставимые по критериям Фремингемской шкалы, в которых соответствующие 10-летние риски составили 14,1±1,8 и 13,5±1,5 баллов соответственно и не имели статистически значимых различий. Но при этом в группе 1А атеросклероз коронарных сосудов сформировался, а у больных группы 3А не сформировался. Это позволяет предположить важную роль ПИКА как дополнительного, увеличившего риск развития коронарного атеросклероза больных группы1А. Концентрация таких маркеров дисфункции эндотелия как С-реактивный белок, интерлейкин-6 и гомоцистеин у больных группы 1 была достоверно выше, чем в группе 3. Так, уровень СРБ составил 2,4±0,05 против 1,2±0,06 мг/дл соответственно ($p<0.05$).

Таким образом, по нашим данным ПИКА может стать непосредственной причиной развития преходящей ишемии миокарда и синдрома стенокардии. Кроме того, ПИКА может способствовать появлению дисфункции эндотелия и увеличить риск развития атеросклероза коронарных сосудов.

1003 МОТИВАЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ КАК ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕТОДИКА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ КАРДИОЛОГИИ

Чумакова Г.А., Пономарева Н.Н., Киселева Е.В., Бобровская Л.А.
АГМУ, Барнаул, Россия; Алтайский краевой кардиологический диспансер, Барнаул, Россия

Терапевтическое обучение является важнейшим компонентом лечения больных с артериальной гипертонией (АГ). Известно, что эффективность образовательных программ недолговременна из-за быстрого «ускользание» эффекта обучения, что может быть связано с ошибками в методологии обучения, не позволяющими сформировать у пациентов устойчивую мотивацию к изменению образа жизни и лечению.

Цель нашего исследования - повысить эффективность обучения больных с АГ

В исследование включались больные с АГ, которым достигалось целевое АД на гипотензивной терапии, после чего проводилась рандомизация на 3 группы:

Группа I - 34 пациентов - в которой проводилось терапевтическое обучение по разработанной программе, включающей мотивационно - информационные технологии обучения. Группа II - 38 пациентов - терапевтическое обучение в «Школе артериальной гипертонии» проводилось по традиционной программе. Группа III (сравнения) - 38 пациентов - терапевтическое обучение не проводилось, но давались традиционные рекомендации по изменению образа жизни и лечению.

В контрольные сроки больным проводились оценка уровня знаний о заболевании, поведенческих факторов риска АГ, качества жизни, типа отношения к болезни, психологического статуса, а через год исследования – медико-социальные показатели здоровья и индивидуальные риски развития сердечно-сосудистых осложнений.

Разработанная нами программа обучения в «Школе АГ» включала несколько этапов. Этап I: обеспечение пациентов информацией, необходимой для изменения образа жизни Этап II: формирование у больных индивидуальных мотиваций по коррекции имеющихся факторов риска АГ. Этап III: разработка и реализация индивидуальной программы изменения образа жизни, отработка и закрепление навыков по коррекции факторов риска во время обучения. Этап IV: длительное мониторное наблюдение пациентов после обучения у врача «Школы АГ». Выявлено, что у больных группы экспериментального обучения в течение года исследования наблюдалось достоверно меньше гипертонических кризов и обращений за медицинской помощью по поводу ухудшения течения артериальной гипертонии, чем у пациентов групп традиционного обучения и контроля. Частота госпитализаций и длительность временной утраты трудоспособности определялись также достоверно меньше в группе I, чем в группах II и III. Необходимо отметить, что больные группы II достоверно реже, чем пациенты группы контроля вызывали скорую помощь и обращались в амбулаторную сеть по поводу ухудшения течения артериальной гипертонии. У больных в группе экспериментального обучения через год риск развития ИБС определялся достоверно меньше, чем у пациентов группы контроля, а риск развития фатальных осложнений по шкале SCORE - достоверно меньше, чем в группе II и III.

Таким образом, стоит пересмотреть понятие «высокие технологии» в медицине. Следует признать таковыми технологии профилактики лечения, способные максимально снизить заболеваемость и смертность население. Разработанная нами методология обучения больных АГ, основанная на мотивационных технологиях, обеспечивает долговременную эффективность обучения как метода терапии и снижения риска осложнений больных АГ.

1004 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ МАЛЫХ ДОЗ РОЗУВАСТАТИНА ПРИ АТЕРОГЕННОЙ ДИСЛИПИДЕМИИ

Чумакова Г.А., Киселева Е.В., Покутнева О.А., Штырова Т.В., Ломтева Е.В.
АГМУ, Барнаул, Россия; Алтайский краевой кардиологический диспансер, Барнаул, Россия

Необходимость длительного лечения атерогенной дислипидемии эффективными дозами статинов нередко ограничивается опасением врачей получить осложнения, а низкие дозы статинов обычно не позволяют достичь целевых уровней показателей липидного спектра.

Целью нашего исследования стало изучение эффективности и безопасности малых доз розувастатина (Крестор, Астра-Зенека)

Было обследовано 58 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), все мужчины, с уровнями общего холестерина (ОХ) более 6,0 ммоль/л и ХС липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) более 3,0 ммоль/л. Средний возраст больных 52,2±5,2 лет. Все больные принимали различные генерические препараты симвастатина в дозах 10-20 мг в течение в среднем 78 ± 5,6 дней. За время лечения статистически значимого снижения ОХ и ХС ЛПНП не произошло. Всем больным был назначен розувастатина в дозе 10 мг в сутки. Через 28 дней больным, достигших уровня ОХ меньше 4,6 ммоль/л и ХС ЛПНП меньше 2,6 ммоль/л доза розувастатина была снижена до 5 мг в сутки. Контроль липидного спектра проводился ежемесячно в течение 6 мес. Оценивались уровни СРБ, аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), общей креатининкиназы (КФК), а также уровень креатинина.

Результаты. Через месяц у 82,8% больных были достигнуты уровни ОХ меньше 4,6 ммоль/л и ХС ЛПНП меньше 2,6 ммоль/л. Эти больные составили основную группу исследования. У остальных больных также произошло достоверное снижение этих показателей, но они не достигли избранного нами уровня. Так, при начальном уровне ОХ 6,4±0,5 ммоль/л, а ХС ЛПНП 3,4±0,2 ммоль/л к первому контрольному сроку составили 4,9±0,3 ммоль/л и 2,9±0,2 ммоль/л. Все изменения были статистически значимы. Важно отметить поразительную степень коррекции липидов за месячный срок. Так, у 36 больных (62%) ОХ снизился ниже 4,1 ммоль/л и у 5 человек достиг 3,7 ммоль/л, у 4 человек ХС ЛПНП достиг 1,8 ммоль/л. У всех больных основной группы уровень СРБ снизился с 2,5±0,1 мг/л до 1,3±0,1 мг/л. Больным основной группы доза розувастатина была снижена до 5 мг в сутки, остальные больные продолжали принимать препарат в дозе 10 мг в сутки. Через 3 месяца приема розувастатина в дозе 5 мг целевой уровень ОХС и ХС ЛПНП сохранялся у 39 больных (81,2%), а к 6 месяцу наблюдения – у 33 больных (68,7%). Уровень СРБ снизился менее 1,0 мг/л через 3 месяцев также у 61,2% больных, а к концу 6 месяца наблюдения у 64,6% больных. К концу 6 месяца ни у одного больного уровни АСТ, АЛТ, общей КФК не превысили 1,5 ВГН.

Таким образом, доза розувастатина 5 мг в сутки оказывает достаточно мощное гиполипидемическое действие, которое может обеспечить достижение целевых уровней ОХ и ХС ЛПНП и сохранение их в течение, по крайней мере, 6 месяцев почти у 70% больных. Это сопровождается адекватным снижением уровня СРБ. Безопасность малых доз розувастатина позволяет обеспечить длительную, эффективную и безопасную терапию статинами.

1005 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ НА СОДЕРЖАНИЕ Т-ЛИМФОЦИТОВ И МАКРОФАГОВ В АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШКАХ У БОЛЬНЫХ ИБС

Чумаченко П.В., Веселова С.П., Белоконь Е.В., Жданов В.С., Акчурин Р.С.
Институт клинической кардиологии им. А.Л.Мясникова ФГУ РКНПК, Москва, Россия

Воспаление проявляющееся, в частности, появлением Т-лимфоцитов и макрофагов в сосудистой стенке, играет особую роль в морфогенезе атеросклероза. Исследования Т-лимфоцитов и макрофагов у больных, принимавших статины, немногочисленны и данные, полученные в них, противоречивы.

Цель: Изучить влияние терапии статинами на клеточный состав Т-лимфоцитов и макрофагов в атеросклеротических бляшках коронарных артерий сердца.

Материалы и методы: у 54 пациентов ИБС в возрасте от 51 до 79 лет была выполнена операция эндартерэктомии. Лечение статинами проводилось у 30 больных, продолжительность терапии пациентов с ИБС колебалась от 3 месяцев до 2 лет. Контрольную группу составили 24 больных ИБС, не получавших данной терапии. Полученные во время операции эндартерэктомии атеросклеротические бляшки исследовали морфологически: бляшки, в которых были клеточные инфильтраты изучали с помощью моноклональных антител к Т-лимфоцитам (к Т-лимфоцитам хелперам CD-4; к Т-лимфоцитам киллерам/супрессорам CD-8 и ко всем Т-лимфоцитам CD-5), антител к макрофагам (CD-11 и CD-68), антител к гладкомышеч-

ным клеткам (антитела к десмину; α-актину и миозину гладкомышечных клеток). Визуализацию антител проводили с помощью пероксидаза-антипероксидазного комплекса и раствора диаминобензидина.

Результаты: Среди больных, получавших статины, макрофаги в атеросклеротических бляшках встречались у 33,6% больных, Т-лимфоциты у 40,4% всех пациентов. В контрольной группе (без терапии статинами) эти клетки находили чаще: у 60% больных обнаружены макрофаги, у 54,5% нашли Т-лимфоциты. В обеих группах не было существенных различий между содержанием в атеросклеротических бляшках CD-68 положительных макрофагов и макрофагов, содержащих CD-11 антиген. Не выявлено доминирования и среди субпопуляции Т-лимфоцитов: так, в атеросклеротических бляшках, содержащих Т-лимфоциты киллеры/супрессоры, выявляли и Т-лимфоциты хелперы. Обнаружить существенные различия между сравниваемыми группами по содержанию в атеросклеротических бляшках гладкомышечных клеток нам не удалось. Гладкомышечные клетки находили на периферии атеросклеротической бляшки, реже в центре и покрышке бляшки. Т-лимфоциты чаще всего локализовались на периферии атеросклеротической бляшки или в ее покрышке. Макрофаги обычно находили в центре и на периферии атеросклеротической бляшки.

Выводы: При сравнении двух групп больных (1-ая группа леченных статинами и 2-ая группа, не получавшая эту терапию) обнаружено, что во второй группе превалировали больные с Т-лимфоцитами и макрофагами в атеросклеротических бляшках. Наши данные подтверждают экспериментальные исследования на животных, обнаружившие так называемую "противовоспалительную составляющую" действия статинов.

1006 ИЗМЕНЕНИЕ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Шаалали Н., Зорина Н.В., Орлов Р.Б.
ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава РФ, Иваново, Россия

Цель исследования: изучить гемореологические свойства крови у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы: под наблюдением находилось 50 больных ГБ (I стадии – 23 человека, II стадии -27 человек), средний возраст составил 47,54±10,9 лет. У 30 пациентов был диагностирован метаболический синдром. Группу контроля составили 10 практически здоровых лиц.

Исследование реологических свойств крови включало оценку: динамических и временных параметров агрегации, среднего размера агрегата, показателя агрегации, содержания неагрегированных эритроцитов, вязкостных характеристик крови и плазмы, цитоархитектоники эритроцитов (содержание дискоцитов, обратимо и необратимо деформированных клеток в процентах).

Результаты: Выявлено достоверное увеличение динамических и временных показателей агрегации у пациентов исследуемой группы. Отмечено достоверное увеличение среднего размера агрегата (6,35±0,74, в контроле 5,67±0,88, $p<0,05$), показателя агрегации (1,94±0,42, в контроле 1,46±0,33, $p<0,05$). При этом процент неагрегированных эритроцитов достоверно снижался в исследуемой группе в сравнении с контролем (соответственно 45,42±12,7% и 65,29±15,8%, $p<0,05$).

У больных с метаболическим синдромом выявлено достоверное увеличение вязкости плазмы (2,02±0,01) по сравнению с контрольной группой (1,81±0,01, $p<0,05$). Установлена достоверная положительная средней силы корреляционная связь показателя вязкости плазмы и содержания холестерина в плазме крови.

Достоверных различий цитоархитектоники эритроцитов в исследуемых группах не выявлено. У пациентов с ГБ эритроциты с неизмененной формой (дискоциты) составили 79±9% (в контроле - 82±6%, $p>0,05$), необратимо деформированные эритроциты - 9,2±2% (в контроле -7,1±1,2%, $p>0,05$).

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют о наличии у больных ГБ I-II стадии умеренных нарушений реологических свойств крови, из которых наиболее значимым является усиление агрегационных свойств эритроцитов. У пациентов с метаболическим синдромом отмечено увеличение вязкости плазмы. Направление изменений реологических свойств крови целесообразно учитывать при проведении антигипертензивной терапии.

1007 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ВРАЧЕБНОГО УЧАСТКА

Шабалина М.Г., Пименов Л.Т.
ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, Россия; «Городская больница № 1», Сарапул, Россия

В последние годы внимание государства обоснованно обращено на оказание первичной медико-социальной помощи, основным элементом которой является развитие и совершенствование профилактической составляющей.

Целью исследования было оценить распространенность факторов риска сердечно- сосудистых заболеваний в популяции населения городского врачебного участка.

В основу положено одномоментное исследование населения городского врачебного участка. Всего обследовано 900 человек в возрасте от 18 до 60 лет мужчин, от 18 до 55 лет женщин. Все лица в исследуемой группе подвергались анкетированию на выявление факторов риска ССЗ, сопутствующих психопатологических состояний - астении и депрессии. Проводили измерение артериального давления, антропометрию, изучали содержание глюкозы натощак, холестерина.

По результатам анализа распространенности факторов риска ССЗ была выявлено, что наиболее распространенными из них оказались гиподинамия, которая была выявлена у 57,0±1,6% респондентов (51,6±2,4% мужчин и 62,1±2,1% женщин) и избыточная масса тела, которая зафиксирована у 41,6±3,6% лиц (29,2±4,8% мужчин и 53,1±5,1% женщин). Курение имело большое распространение в мужской популяции - 65,5±2,3%. Гиперхолестеринемия зафиксирована у 31,3±1,5%, а гипергликемия у 14,0±1,1% исследуемых. Распространенность астении составила 33,5±1,5% (29,2±2,2% мужчин и 37,5±2,1 женщин). Депрессия была выявлена у 47,0±1,6% лиц (48,3±2,4% мужчин и 48,5±2,2% женщин). Среди всех осмотренных была выявлена высокая распространенность АГ: 40,0±1,6% (41,5±2,4% мужчин и 38,5±2,1% женщин). У 27,5±1,4% была выявлена АГ I степени, которая имела максимальные и одинаковые значения у лиц обоих полов: 24,7±2,1% мужчин и 30,2±2,0% женщин. АГ II степени установлена у 9,7±0,9%: 13,4±1,6% мужчин и 6,2±1,0% женщин. АГ III степени примерно с одинаковой частотой определялась у 3,3±0,8% мужчин и у 2,1±0,6% женщин. При анализе распространенности ИБС сложилась следующая картина: 35,1±1,5% составили лица, у которых отсутствовал риск развития ИБС, 43,7±1,6% лиц находились в зоне риска развития ИБС, 21,0±1,3% составили лица с высокой вероятностью наличия ИБС. Количество пациентов с высокой вероятностью наличия ИБС превалирует среди мужчин: 25,8±2,1%, среди женщин их оказалось 17,7±1,6%.

Выводы

1.Результаты исследований, проведенные на врачебном городском участке, еще раз подтверждают значительное распространение АГ и ИБС.

2. Доминирующее значение среди факторов риска имеют гиподинамия, избыточная масса тела. Возросла значимость депрессии как независимого фактора риска ССЗ.

3.Полученные данные должны учитываться при разработке и проведении комплекса профилактических мероприятий на различных этапах в структуре здравоохранения.

1008 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОРГАНОПРОТЕКТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОКСОНИДИНА И МЕТФОРМИНА В КОМБИНАЦИИ С АМЛОДИПИНОМ У БОЛЬНЫХ ЭГ

Шакирова Н.Ш., Закирова Ф.А., Срожидинова Н.З., Елисеева М.Р.
Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: Изучить органопротективную и антигипертензивную эффективность моксонидина и метформина в комбинации с амлодипином у больных с метаболическим синдромом.

Методы исследования: В исследование включены 39 больных ЭГ I-III степени (ВОЗ/МОГ 1999), мужчины, в среднем возрасте 50,31±10,28 лет с метаболическими нарушениями (IDF, 2005). Средняя длительность заболевания составила 5,85±4,29 лет. Эхокардиографическое исследование проводилось на аппарате ультразвуковой системы «Sonoline versa pro» («SIEMENS», Германия), в соответствии с рекомендациями Американской ассоциации эхокардиографии в М- и В-режимах (Sahn D.J. et al 1987). Масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) рассчитывалась по формуле Devereux B.R. и соавт. (1977). Наличие ГЛЖ диагностировали при ИММЛЖ>125 г/м^2. Эндотелийзависимую вазодилатацию (ЭЗВД) оценивали с помощью теста с реактивной гиперемией (Celermajer D.S. et al 1992). Оценивали ЭЗВД по приросту диаметра (ΔD%) плечевой артерии (ПА). Оценивали толщину комплекса интима-медиа (КИМ) каротидных артерий методом дуплексного сканирования. С учетом проводимой терапии больные были разделены на 2 группы: I группа – (27 больных) комбинированная терапия амлодипина (Норваск, фирма "Pfizer", США) с моксонидином (Физиотенз, фирма "Solvay-Pharma", Германия); II группа – (12 больных) комбинированная терапия амлодипина с метформином (Сиофор, «Berlin-Chemi»). Начальные дозы Норваска, Физиотенза и Сиофора составили 5 мг, 0,4 мг и 1000 мг в сутки соответственно.

Результаты исследования: На фоне трехмесячной терапии моксонидином в комбинации с амлодипином по данным офисного измерения АД отмечалась высокая антигипертензивная эффективность со снижением САД на 28,77±12,91%, ДАД на 15,7±11,5% (P=0,000). Во II группе гипотензивный эффект был менее выражен и составил для САД 23,5±13,2%, ДАД 13,68±12,8% (P=0,000). Органопротективная эффективность терапии ассоциировалось со снижением ИММЛЖ на 15,2±10,0% в группе амлодипин+моксонидин и на 12,2±11,0% в группе амлодипин+метформин (p=0,000 и p=0,000 соответственно). Также в обеих группах отмечалась положительная динамика со стороны толщины КИМ сонной артерии 0,89±0,20 мм до лечения против 0,83±0,17 мм в I группе, 0,95±0,12мм против 0,93±0,09 мм во II группе на фоне лечения (p=0,000 и p=0,000 соответственно). На фоне лечения в обеих группах отмечалась достоверно положительная динамика вазомоторной функции эндотелия: в I группе 6,92±6,37% до лечения против 10,64±4,77% после лечения (p=0,000), во II группе 5,43±0,74% до лечения против 9,6±6,93% после лечения (p=0,000), при этом нормализация ЭЗВД отмечалась в I группе(ΔД>10%). В целом переносимость комбинации препаратов была хорошей.

Заключение: Показана высокая антигипертензивная, органопротективная и эндотелийпротективная эффективность комбинированной терапии амлодипином с моксонидином и метформином у больных АГ.

1009 КОМБИНИРОВАННАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ И НЕЙРОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Шакиров М.Р., Ходжаев А.И., Салимова Н.Р., Махкамова Н.У., Ходжаев А.А., Сарманов Ф.А.
Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: изучение у больных артериальной гипертонией (АГ) с цереброваскулярными осложнениями (ЦВО) эффективность комбинированной антигипертензивной и нейротропной терапии (АГТ, НРТ).

Материал и методы: Обследованы 142 больных АГ I -II стадии с ЦВО, в возрасте от 25 до 74 лет. Базисная АГТ проводилась бисопрололом и гидрохлортиазидом. Далее больные различались по назначаемому третьему препарату: 1-я группа (гр) получала эпросартан (теветен), 2-я моксонидин (физиотенз), 3-я гр – амлодипин. Далее каждая гр разделялась на под гр по вариантам НРТ (оксибрал, вазонит, антидепрессанты, иглорефлексотерапия (ИРТ)). Препараты назначались в средне-терапевтических дозах. Больным до и после трехмесячного лечения проводились оценка клинического статуса, а также реоэнцефалографических, эхоэнцефалоскопических и электроэнцефалографических показателей.

Результаты исследования: У 93,2% больных ЦВО проявлялись гипертонической энцефалопатией (ГЭ) I -II стадий и различными невротическими синдромами: тревожным, депрессивным, фобическим, ипохондрическим и анозогнозическим.

Наш опыт показал что, все три варианта комбинации АГТ и НРТ являются высокоэффективными, вместе с тем, выявлена определенная селективность их действия, учет которых может еще более оптимизировать лечение. Так, больным старшего возраста и при наличии изолированной систолической АГ, психовегетативной симптоматики более предпочтителен эпросортан. Моксонидин рекомендуется всем возрастным гр, особенно при выраженной вегетативно-диэнцефальной дисфункции. Амлодипин эффективен у больных всех возрастных гр, но особенно он показан молодым лицам, ведущим активный образ жизни с частыми стрессами («синдром менеджера»), а также при наклонности к цереброангиоспазмам. Что касается применения НРТ то при выраженном неврологическом дефиците предпочтительны церебровазоактивные препараты (оксибрал, пентоксифиллин). Наличие умеренных и выраженных психопатологических расстройств особенно тревожно – депрессивного круга требует назначения антидепрессантов, а при их легком течении можно ограничиться курсовой ИРТ.

Выводы: Предлагаемый дифференцированный выбор АГТ, НРТ и их комбинация оптимизирует лечение ЦВО у больных АГ.

1010 ОПЫТ САНАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Шалаева Н.И., Чумакова Г.А., Рехтина Л.В., Эрфан Ф.П.
ЗАО «Курорт Белокуриха», санаторий «Белокуриха», Барнаул, Россия; АГМУ, Барнаул, Россия

Своевременное выявление и лечение впервые возникшей стенокардии (ВВС) является важным методом вторичной профилактики ишемической болезни сердца (ИБС). Кроме того, за последние годы сформировалась когорта больных ВВС, которым было проведено стентирование коронарных сосудов. Реабилитация таких больных может быть особенно эффективной.

Целью наших исследований явилось изучение и оценка эффективности санаторного этапа реабилитации больных ВВС.

Материал: 36 больных, из них 31 мужчина (средний возраст 51,7±1,1г) и 5 женщин (средний возраст 54,7±2,3г), из которых у 55,6% больных была проведена баллонная ангиопластика со стентированием коронарных артерий. Среди факторов риска ИБС наиболее часто выявляется артериальная гипертония - у 31 чел. (85,6%), наличие стрессирующей ситуации - у 27 больных, отягощенная наследственность имела место у 26 больных ожирение - у 16 человек, курили 13 пациентов.

Результаты: Комплекс реабилитационных мероприятий включал щадяще-тренирующий или тренирующий двигательный режим, противосклеротическую диету, лечебную физкультуру, психотерапию, лазеротерапию, массаж, 4-х камерные азотно-кремнистые ванны, медикаментозную терапию. Достоверной разницы показателей липидного спектра за время лечения в санатории не было отмечено, но благоприятные тенденции имели место. Так, общий холестерин снизился с 6,5±0,4 до 4,6±0,3 ммоль/л, триглицериды уменьшились с 2,5±0,2 до 1,9±0,1 ммоль/л, ХСЛПНП снизился с 3,9±0,4 до 3,2±0,2 ммоль/л, индекс атерогенности снизился с 3,2±0,05 до 2,5±0,1

усл.ед.. Отмечена существенная разница показателей физической работоспособности у оперированных и неоперированных больных. В группе с эндоваскулярным вмешательством по данным ВЭМ при поступлении мощность пороговой нагрузки (ПН) составляла 96,5±5,2 вт, перед выпиской из санатория - 114,8±4,3 вт ($p<0,02$). В группе без эндоваскулярного вмешательства ПН при поступлении была значительно ниже и составляла 8,3±5,1 вт, перед выпиской - 96,3±7,3 вт, что не было статистически значимо. Было отмечено, что за время санаторной реабилитации уменьшается частота и выраженность ангинозных болей, улучшение психологического статуса, снижается уровень тревожности

Таким образом, динамическое наблюдение за клиническим состоянием больных с ВВС показало, что за период пребывания больных в санатории достигается стабилизация состояния, уменьшается частота и выраженность ангинозных болей, улучшение психологического статуса, снижается уровень тревожности, улучшается настроение и сон, увеличивается дистанция и темп дозированной ходьбы. Однако, различия в методах лечения ВВС в стационаре, исходной толерантности к физической нагрузке, указывают на необходимость разработки новых индивидуальных программ реабилитации этой категории больных.

1011 ОЦЕНКА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕСТАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В АНАМНЕЗЕ

Шамкина А.Р., Садыкова А.Р., Гарскова Ю.А.
Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Цель исследования. Изучить электрокардиографические и эхокардиографические признаки гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) у женщин репродуктивного возраста в зависимости от гестационной гипертензии в анамнезе (ГГА).

Материал и методы. Обследовано 103 женщины в возрасте 25-46 лет; из них 16 человек с нормальным артериальным давлением (нАД), 24 пациентки с высоким нормальным АД (ВНАД) и 63 пациентки с артериальной гипертензией (АГ) по классификации ВНОК (2004), с длительностью АГ 0,5-20 лет. Средний возраст пациенток с АГ - 40,7 лет. Из исследования исключались пациентки с вторичной формой АГ. Обследуемым проводились электрокардиография, эхокардиография. ГЛЖ определялась по электрокардиографическим (признаку Сокоова-Лайона, Корнельскому, Губнера-Унгерлейдера, амплитуде RaVL, RV5,6) и эхокардиографическому (индекс массы миокарда левого желудочка более или равный 110 г/м^2) признакам. Обследуемые были распределены на 2 группы в зависимости от наличия ГГА. Для оценки достоверности различий распределения в группах использовались критерий χ^2 и точный метод Фишера (ТМФ), средних значений - критерий Манна-Уитни-Вилкоксона (U).

Результаты. У пациенток с АГ, имевших ГГА, по сравнению с лицами с нАД без ГГА, достоверно ($p<0,05$ по ТМФ) чаще встречался эхокардиографический признак ГЛЖ (36,5% vs 0%; $p<0,05$), а также сочетание электрокардиографических и эхокардиографического признаков ГЛЖ (28,6% vs 0%; $p<0,05$). В группе пациенток с АГ, имевших ГГА, по сравнению с группой лиц с нАД без ГГА, отмечались достоверно ($p<0,05$ по критерию U) большие средние значения признака Соколова-Лайона (28,0±7,9 мм vs 20,0±5,1 мм; $p<0,01$), Корнельского (16,3±8,4 мм vs 8,8±4,0 мм; $p<0,01$), Губнера-Унгерлейдера (12,5±6,4 мм vs 5,9±2,0 мм; $p<0,001$), RaVL (5,5±3,4 мм vs 2,5±1,8 мм; $p<0,001$), RV5,6 (15,7±4,8 мм vs 12,4±4,1 мм; $p<0,05$).

Выводы. У женщин репродуктивного возраста с АГ гипертрофия левого желудочка как поражение одного из органов-мишеней ассоциирована с гестационной гипертензией в анамнезе.

1012 ПРИМЕНЕНИЕ НОРМОДИПИНА В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Шанавазова С.А., Хасаев А.Ш., Алиева Д.З., Абусуева З.С., Ахмедова М.Д., Гаджиева З.Г., Абдулкадырова С.О., Чиликина Н.С.
ГОУ ВПО «Даггосмедакадемия ФАЗ СР», Махачкала, Россия

Цель исследования. Оценить эффективность нормодипина в лечении больных ишемической болезнью сердца и артериальной гипертонией.

Материалы и методы исследования. Препарат нормодипин исследовался в кардиологических отделениях РКБ г. Махачкалы.

В первую группу были включены больные с ИБС и АГ. У 24 человек стенокардия ФК II и ФК III. Из них у 12 больных АГ умеренной и средней степени тяжести. Во вторую группу были включены 12 больных с АГ умеренной и средней степени тяжести в сочетании с безболевой ишемией миокарда. У всех больных проводилось суточное мониторирование АД и ЭКГ.

Полученные результаты. На фоне приема нормодипина 5 мг было отмечено снижение систолического и диастолического АД к 6-му дню. У всех наблюдаемых пациентов особенностью препарата являлось плавное снижение АД. У больных в группе с сочетанием стенокардия напряжения и АГ отмечался переход ФК II в ФК I, а ФК III в ФК II, что проявлялось урежением ангинозных приступов, снижением интенсивности болей и уменьшением количества приема нитроглицерина на 35%. А в группе больных страдающих АГ в сочетании с безболевой ишемией миокарда на фоне терапии нормодипином эпизоды изменений сегмента ST при суточном мониторировании выявлялись реже. Побочные явления, наблюдаемые при применении антагонистов кальция, не зарегистрированы.

Заключение. Полученные результаты позволяют оценить нормодипин, как эффективное антигипертензивное средство, обладающее коронаролитической активностью. Препарат плавно снижает АД, хорошо переносится больными, удобен при приеме – 1 раз в сутки.

1013 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ АМБУЛАТОРНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Шапошник И.И., Салашенко А.О., Батаговский В.Л., Лебедев Е.В., Бубнова В.С., Бурцева Т.А.
Челябинская государственная медицинская академия, Челябинск, Россия

Кардиологический реабилитационный центр (КРЦ) «Гарвей» в г. Челябинске осуществляет программы амбулаторной реабилитации пациентов кардиологического профиля. Продолжительность реабилитационного курса в КРЦ – 3 месяца.

Цель исследования – оценить эффективность реабилитационного курса.

Материалы и методы. В КРЦ «Гарвей» прошли реабилитацию 32 пациента в возрасте от 36 до 63 лет (средний возраст 53,2±7,75 лет). Структура патологии в представленной группе: ИБС – 28 человек (постинфарктный кардиосклероз – 17, перенесенное аорто-коронарное шунтирование – 6, стентирование коронарных артерий – 4 человека), гипертоническая болезнь (ГБ) I стадии – 2 человека, ГБ II стадии – 3 человека, ГБ III стадии – 11 человек, протезирование клапанов сердца (по поводу митрального ревматического порока) – 1 человек. Основные составляющие программы – медикаментозное лечение, дозированные велотренировки (ДВТ), психологическая коррекция и занятия аутотренингом, а также обучение в школе кардиологического пациента.

Результаты. Отмечено возрастание толерантности к физической нагрузке по данным велоэргометрии (ВЭМ). Так, в процессе реабилитации максимальная выполненная нагрузка при ВЭМ возросла с 118±42,2 до 153±28,2 Вт ($p=0,002$). Регистрировалась тенденция к увеличению максимального потребления кислорода по сравнению с исходными величинами (2,74±0,51 и 2,88±0,32

л/мин. соответственно) (p=0,30), двойного произведения на максимальной мощности при ВЭМ с 19586 до 21253, (p= 0,056).

Закономерное увеличение объёма выполняемой работы, развиваемой мощности в основной части прослеживается и при ДВТ. В динамике средняя мощность нагрузки основной части ДВТ возросла с 49,3±9,61 до 67,6±8,57 Вт (p<0,001*), средняя работа - с 446±220 до 1898±388 Вт*мин. (p<0,001). В то же время, средние параметры гемодинамики существенно не изменились, несмотря на прирост мощности нагрузок и продолжительности основной части ДВТ, что отражает процесс адаптации, тренировки сердечно-сосудистой системы, адекватность медикаментозной коррекции. Средняя ЧСС в основной части ДВТ в начале курса составляла 78,6±10,2, в конце - 83,5±8,60 (p=0,043), среднее САД в основной части ДВТ 138±15,7 и 136±12,1 (p=0,27), среднее ДАД в основной части ДВТ - 80,1±7,06 и 77,7±6,97 (p=0,12) соответственно. Отмечено уменьшение патологических типов реакции гемодинамики на нагрузку ДВТ. Если в начале регистрировалось 50% патологических ответов (30% гипотонический, 20% дистонический тип), то к окончанию курса преобладал нормотонический тип реакции.

Выводы. Таким образом, комплексная амбулаторная реабилитация даёт существенный прирост толерантности к физической нагрузке. Кроме того, проводимые мероприятия способствуют преодолению психологических проблем, обусловленных основным заболеванием, повышают образовательный уровень, мотивируют к активному восстановлению собственного здоровья, повышают приверженность пациентов к медикаментозной терапии.

1014 АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫЙ ЭФФЕКТ БИСОГАММЫ, ВЛИЯНИЕ НА ФИЗИЧЕСКУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Шарапова Ю. А.
ВГМА,Воронеж, Россия

Цель исследования. Изучение влияния β-блокатора бисогаммы на суточный профиль артериального давления (АД), физическую работоспособность и качество жизни больных АГ.

Материалы и методы. В исследование было включено 18 пациентов (средний возраст 46,2±5,8 лет, мужчин - 8, женщин – 10) с АГ 1-2 степени, среднего, высокого риска. Длительность течения АГ составила 11,3±3,5 лет.

Критерии исключения: вторичные формы АГ, острое нарушение мозгового кровообращения, острый инфаркт миокарда в течение последних 6 месяцев, стенокардия II-III функциональных классов, ХСН, нарушения ритма сердца, функции печени и почек.

Бисогамму больные получали в дозе 5 мг/сутки однократно утром. Длительность терапии составила 12 недель. У больных, не достигших целевого уровня АД, через 2 недели дозу бисогаммы увеличивали вдвое (10 мг/сутки).

За критерий эффективности антигипертензивной терапии по АД клиническому принимали снижение ДАД на 10 % или на 10 мм рт.ст. и САД на 15 мм рт. ст. от исходного уровня. Целевым уровнем АД клинического на фоне терапии считали достижение АД ≤140/90 мм рт.ст.

Всем больным проводилось суточное мониторирование АД (СМАД) с использованием системы по стандартной методике, оценивалась физическая работоспособность по данным велоэргометрии. Качество жизни пациентов анализировали по следующим показателям: работа, социальная и личная жизнь (в баллах). Обследование проводилось исходно и через 12 недель от начала терапии.

Результаты. Исходно при суточном мониторировании АД среднее систолическое АД (САД) составило 158,3±4,2 мм рт.ст., среднее диастолическое АД (ДАД) – 96,4±3,7 мм рт.ст. (p<0,05). Через 12 недель терапии целевой уровень АД достигли у 14 пациентов (77,8%), при этом САД составило 132,7±3,1 мм рт.ст. (p<0,05), а ДАД – 84,6±3,7 мм рт.ст. (p<0,05). САД в дневные часы снизилось на 7,5%, ДАД – на 8,6% (p<0,05). В ночные часы САД и ДАД уменьшились соответственно на 9,2 и 8,3% (p<0,05).

На фоне терапии бисогаммой произошло снижение среднесуточной ЧСС на 16,2%. Начальная доза бисогаммы 5 мг/сутки оказалась эффективной у 6 больных, 10 мг/сутки – у 8. Нежелательных явлений на фоне 12 недельной терапии бисогаммой отмечено не было.

При оценке влияния препарата на толерантность к физической нагрузке установлено значимое повышение пороговой мощности нагрузки (511,0±19,70, 579,0±20,15 кгм/мин.) и объема выполняемой работы (2860±146,32; 3528±149,28 кгм, p<0,05). Применение бисогаммы в дозе 5-10 мг/сутки у больных АГ существенно повышало работоспособность (3,9±0,21; 3,1±0,48) и позитивно влияло на качество социальной жизни (4,3±0,29; 3,2±0,19; p<0,05).

Выводы. Таким образом, применение бисогаммы в дозе 5-10 мг/сутки благоприятно влияет на суточный профиль АД, повышает физическую работоспособность и улучшает качество жизни больных АГ.

1015 ВЫСОКАЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ И ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Шатунова И.М., Лазарев И.А., Козиолова Н.А.
Поликлиника ОАО «ГАЗПРОМ», Москва, Россия; Государственная медицинская академия им. академика Е.А. Вагнера, Пермь, Россия

Цель: выявить частоту развития поражения органов-мишеней у больных артериальной гипертонией (АГ) при длительном наблюдении и высокой приверженности к лечению.

Методы: обследовано 105 пациентов (64 мужчины и 41 женщина), средний возраст 51,3±8,9 лет. Критериями включения явились наличие АГ, отсутствие признаков поражения органов мишеней и ассоциированных клинических состояний; критериями исключения: вторичный генез АГ, наличие сопутствующих заболеваний сердца, сосудов, почек и эндокринных органов. Период наблюдения составил 8,8±2,6 лет. Всем больным исходно и в конце периода наблюдения проводили ЭКГ, допплерэхокардиоскопию, ультразвуковое допплерографическое исследование сонных артерией, определяли наличие микроальбуминурии и креатинин крови. В конце периода наблюдения определяли NT- концевой фрагмент мозгового натриуретического пептида (NT- proBNP), оценивали уровень приверженности к лечению по достижению офисного целевого уровня АД и при самоконтроле, заполнению индивидуальных дневников приема препаратов, среднему баллу по вопроснику Мориски-Грина.

Результаты: за период наблюдения 70,4% больных АГ достигли целевого уровня АД, средний балл по вопроснику Мориски-Грина составил 3,91±0,22. Постоянно антигипертензивные препараты принимала 92,0% больных. Монотерапия проводилась у 49,5% больных, два препарата принимали 36,2% больных, три - 7,6% пациентов. Диуретики принимали 30,4%, бета-адреноблокаторы – 37,1%, антагонисты кальция – 6,7%, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента – 39,0%, антагонисты рецепторов ангиотензина II – 24,7%, статины – 17,1% больных. При оценке ЭКГ покоя признаки гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) не выявлены ни у одного больного. Увеличение индекса массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) отмечено у 13,3% больных: у женщин чаще, чем у мужчин (p=0,042). Утолщение толщины интимы медия (ТИМ) сонных артерий более 0,9 мм выявлено у 37,1%, протеинурия – у 9,1% больных. Увеличения уровня креатинина не зарегистрировано ни у одного пациента. ХСН по уровню NT-proBNP выявлена у 7,6% наблюдаемых. У больных ХСН выявлена достоверная прямая корреляционная зависимость между ТИМ и уровнем NT-proBNP. Не было найдено взаимосвязи между ИММЛЖ, протеинурией и уровнем NT-proBNP.

Выводы: при длительном наблюдении у больных неосложненной АГ при высоком уровне приверженности к эффек-

тивному лечению наиболее часто развивается поражение сонных артерий - в 37,1% случаев, нефропатия и ГЛЖ реже - с одинаковой частотой в 9,1 и 11,3% случаев соответственно. ХСН развивается у 7,6% больных АГ при высокой приверженности к лечению. Развитие ХСН взаимосвязано с сосудистым ремоделированием сонных артерий, но не с развитием ГЛЖ и протеинурии.

1016 ЧАСТОТА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ ВЫСОКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ

Шатунова И.М., Козиолова Н.А.
Поликлиника ОАО «ГАЗПРОМ», Москва, Россия; Государственная медицинская академия им. академика Е.А. Вагнера, Пермь, Россия

Цель: выявить частоту развития субклинического поражения органов-мишеней у больных артериальной гипертонией (АГ) при длительном наблюдении и высокой приверженности к лечению.

Методы: обследовано 183 пациента, средний возраст 52,4±9,3 лет. Критериями включения явились наличие АГ, отсутствие признаков поражения органов мишеней и ассоциированных клинических состояний; критериями исключения: вторичный генез АГ, наличие сопутствующих заболеваний сердца, сосудов, почек и эндокринных органов. Период наблюдения составил 8,1±5,3 лет. Всем больным исходно и в конце периода наблюдения проводили ЭКГ, допплерэхокардиоскопию с оценкой систолической и диастолической функций левого желудочка, ультразвуковое допплерографическое исследование сонных артерий, определяли наличие микроальбуминурии и протеинурии. В конце периода наблюдения определяли скорость пульсовой волны в каротидно-феморальном сегменте, оценивали уровень приверженности к лечению по достижению офисного целевого уровня АД и при самоконтроле, заполнению индивидуальных дневников приема препаратов, среднему баллу по вопроснику Мориски-Грина.

Результаты: за период наблюдения 85,2% больных АГ достигли целевого уровня АД, средний балл по вопроснику Мориски-Грина составил 3,94±0,18. Постоянно антигипертензивные препараты принимала 96,2% больных. Монотерапия проводилась у 24,6% больных, два препарата принимали 49,2% больных, три - 22,4%, четыре – 3,9% пациентов. Диуретики принимали 35,0%, бета-адреноблокаторы – 17,5%, антагонисты кальция – 11,5%, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента – 49,7%, антагонисты рецепторов ангиотензина II – 28,4%, статины – 18,0%, антиагреганты – 13,1% больных. Увеличение индекса массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) отмечено у 15,3% больных. Однако диастолическая дисфункция миокарда ЛЖ выявлялась достоверно чаще, чем ГЛЖ – в 39,3% случаев (p=0,002). Увеличение скорости пульсовой (СПВ) в каротидно-феморальном сегменте зарегистрировано у 50,8% больных АГ. Утолщение толщины интимы медия (ТИМ) сонных артерий более 0,9 мм выявлялось достоверно реже, чем увеличение СПВ – у 27,3% больных (p=0,035). Увеличения уровня креатинина и протеинурии не зарегистрировано ни у одного пациента. Микроальбуминурия выявлялась в 18,3% случаев

Выводы: при длительном наблюдении у больных неосложненной АГ при высоком уровне приверженности к эффективному лечению субклиническое поражение органов-мишеней развивается достоверно чаще, чем клинически выраженное. У больных АГ наиболее часто развивается субклиническое поражение сосудов, характеризующее увеличением СПВ, реже – поражение сердца с развитием диастолической дисфункции. Субклиническое поражение почек, характеризующееся микроальбуминурией, встречается лишь в 18,3% случаев.

1017 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕГМЕНТАРНОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ И СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПО ДАННЫМ ИМПУЛЬСНО-ВОЛНОВОЙ ТКАНЕВОЙ ДОППЛЕР-ЭХОКАРДИОГРАФИИ

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

Цель. Оценить изменение показателей сегментарной систолической и диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) в раннем периоде после проведения транслюминальной баллонной коронарной ангиопластики и стентирования коронарных артерий (ТБКА и КС) у пациентов с ИБС по данным импульсно-волновой тканевой допплер-эхокардиографии (ТДЭхоКГ).

Методы. Было обследовано 160 пациентов (147 мужчин и 13 женщин, средний возраст 52,1±0,5 года) со стенозирующим поражением коронарных артерий до и на 2 сутки после проведения ТБКА и КС. Используя 16 сегментарное деление миокарда ЛЖ, с помощью ТДЭхоКГ оценивали следующие показатели: пиковую систолическую (s), раннюю диастолическую (e), позднюю диастолическую (a) скорости и показатель e/a. В зависимости от степени коронарного атеросклероза все пациенты были разделены на три группы: <75% (A), >75% (B) и окклюзии (C).

Результаты. Во всех трех группах было отмечено достоверное увеличение показателей s (с 6,43±0,08 см/сек до 7,02±0,09 см/сек (A), с 6,16± 0,05 см/сек до 6,75±0,05 см/сек (B) и с 5,98±0,08 см/сек до 6,70±0,08см/сек (C), p<0,001, соответственно) и a (с 6,71±0,10 см/сек до 7,51±0,11 см/сек (A), с 6,58±0,06 см/сек до 7,10±0,06 см/сек (B), с 6,43±0,10 см/сек до 6,80±0,11 см/сек (C), p <0,001, соответственно) на вторые сутки после ТБКА и КС, тогда как достоверное увеличение показателя e было только в группах B и C (с 6,12±0,06 см/сек до 6,36±0,06 см/сек, p <0,001 (B) и с 5,81±0,09 см/сек до 6,06±0,09 см/сек, p <0,005(C). Кроме того наблюдалось достоверное уменьшение показателя e/a в группах A и B (с 1,09±0,01 до 0,92±0,01(A) и с 0,98±0,01 до 0,95±0,01(B), p<0,001, соответственно), в группе C этот показатель не менялся.

Выводы. Таким образом, уже в раннем периоде после проведения ТБКА и КС выявлено увеличение показателей, характеризующих сегментарную систолическую функцию ЛЖ. Эффект ангиопластики проявился и в изменении показателей, характеризующих его сегментарную диастолическую функцию. Возможно, это связано с реперфузионными нарушениями, возникающими в ранний период после реваскуляризации, причём эти изменения менее выражены у пациентов с более тяжелым поражением коронарной артерии.

1018 СУБФРАКЦИОННЫЙ ПРОФИЛЬ ЧАСТИЦ ЛИПОПРОТЕИНОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ И СПЕКТР МУТАЦИЙ ГЕНА LDLR ПРИ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ

Шахтшнейдер Е.В., Куликов И.В., Рагино Ю.И., Полонская Я.В., Пилипенко И.В., Терещенко И.П., Кобзев В.Ф., Ромащенко А.Г., Никитин Ю.П., Воевода М.И.
ГУ НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель: изучить субфракционный профиль частиц липопротеинов низкой плотности (ЛНП), обогащенных холестерином, у лиц с гиперхолестеринемией (ГХС) и мутациями в гене LDLR.

Методы: из популяционной выборки обследованных в рамках проекта HAPIEE, включающем 2145 человек в возрасте 45-49 лет, отобрали 10 мужчин и 10 женщин, имевших наиболее высокие уровни общего холестерина сыворотки (от 317 мг/дл до 772

мг/дл) в соответствующей возрастной подвыборке. Показатели липидного профиля в сыворотке крови определяли энзиматическим методом стандартными наборами «Biocon» (Германия) на биохимическом анализаторе "Labsystem FP-900" (Финляндия). Прямое автоматическое секвенирование промотора и экзонов гена LDLR выполнено на автоматическом секвенаторе ABI Prism 310 (фирма Perkin-Elmer, США). Проведено исследование субфракционного профиля частиц ЛНП методом электрофореза в градиенте 2-16% полиакриламидного геля (Austin M.A., 1991).

Результаты: у обследованных выявлены семь различных ранее не описанных мутаций в экзоне 9 (R410G; M412V) и экзоне 12 (Y/Y576; N/N591; L605V; L605R; A612G). Так же определены 12 ранее описанных мутаций в экзоне 2 (C/C27), экзоне 5 (C261F; E240X), экзоне 6 (E288K), экзоне 8 (A391T), экзоне 9 (E418G; L432R; D433E), экзоне 11 (G/G549; E558K; L/L568), экзоне 12 (G592E). Тринадцать из найденных мутаций были миссенс мутациями и одна – нонсенс мутация. Ранее нами было показано, что у мужчин с ГХС старше 60 лет субфракционный профиль ЛНП характеризуется сдвигом в сторону преобладания мелких по размеру частиц и находится, в среднем, в диапазоне от 150 А до 270 А. В настоящей работе, в группе лиц с ГХС включающей и мужчин, и женщин (45-49 лет), диапазон размера частиц ЛНП определен от 202 А до 303 А. У 58,8% обследованных на нисходящей кривой шлирен-профиля частиц ЛНП в диапазоне размеров от 150 А до 180 А отмечен дополнительный минорный пик повышенного количества более мелких плотных частиц, коррелирующий с уровнем ОХС (коэффициент Спирмена -0,533, p=0,034). Корреляционный анализ не выявил связи между размером частиц ЛНП и уровнем ОХС крови у обследованных лиц с ГХС (коэффициент Спирмена 0,130, p>0,05). Ассоциации между субфракционным профилем частиц ЛНП и мутациями гена LDLR не выявлено.

Выводы: в России в популяционной выборке пациентов с ГХС определены ранее не описанные мутации в экзоне 9 (R410G; M412V) и экзоне 12 (Y/Y576; N/N591; L605V; L605R; A612G) гена LDLR. У обследованных лиц с ГХС определен минорный пик, коррелирующий с уровнем ОХС.

Работа поддержана грантами ФЦНТП 2005 г. №02.442.11.7079 и 2006 г. №02.442.11.7515.

1019 СИНДРОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Шацкая Е.Г., Карпенко М.А., Солнцев В.Н.
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия; Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия; Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

Цель нашего исследования – изучение на основании комплексной оценки структурно-функционального состояния сердечно-сосудистой системы (ССС) и метаболического статуса особенностей артериальной гипертензии (АГ) у больных с АГ, осложненной острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК), и выявление факторов, способствующих развитию инсульта.

Материалы и методы. Обследованы 88 больных АГ I–III степени, 41 из которых впервые перенесли ОНМК, и 47 больных не имели ОНМК в анамнезе. По продолжительности АГ, возрасту группы не отличались, по полу – в основной группе преобладали мужчины. Проведены общепринятые для кардиологических больных клинико-инструментальные исследования, исключена вторичная АГ.

Результаты. Для комплексной оценки синдрома АГ у больных, перенесших ОНМК, проведен факторный анализ с полным набором используемых показателей (n=58). Были выделены 6 главных компонент (факторов), содержащих наиболее информативные комбинации показателей, характеризующих особенности синдрома АГ в каждой из групп. На 1-е место по степени значимости у больных АГ, перенесших инсульт, вышел фактор «АГ» (информативность 18,2%), тогда как у больных АГ без ОНМК в анамнезе – на 2-е (11,7%), что свидетельствует о том, что АГ является ведущим фактором цереброваскулярного риска. В структуру фактора «АГ» у больных АГ, перенесших ОНМК помимо показателей СПАД, отражающих степень и стойкость АГ, вошел показатель индекса массы тела (ИМТ), что может указывать на значимость фактора ИМТ для формирования особенностей клинического течения АГ и вероятности развития ОНМК. Основное отличие факторной структуры синдрома АГ у перенесших ОНМК определяют факторы «возраста» (12,9%), «вариабельности АД» (7,0%), «диастолической функции сердца» (6,2%), отсутствующие в характеристике синдрома АГ у больных без ОНМК. Фактор «возраста», вышедший на 2-е место у перенесших ОНМК, подчеркивает значимость возрастных инволютивных изменений ССС, помимо АГ, предопределяющих вероятность развития острых цереброваскулярных осложнений. Фактор «вариабельности АД», сформированный показателями СПАД – величиной утреннего подъема САД и ДАД, может свидетельствовать о значимости повышенной вариабельности АД для развития инсульта. Формирование фактора «диастолической функции сердца», представленного показателями E/A, E, позволяет предположить, что ремоделирование сердца у больных с АГ осложненной инсультом, характеризуется более ранним развитием диастолической дисфункции миокарда.

Заключение. У больных с АГ, осложненной инсультом, фактор ИМТ приобретает большую значимость для формирования особенностей клинического течения АГ и вероятности развития острых цереброваскулярных осложнений, а возраст в совокупности с АГ, предопределяет степень выраженности структурно-функциональных изменений ССС. У больных с АГ, осложненной инсультом, СПАД характеризуется большей вариабельностью АД, а структурно-функциональное состояние сердца – более ранним развитием диастолической дисфункции миокарда.

1020 ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Шацкая Е.Г., Карпенко М.А., Солнцев В.Н.
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия; Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия; Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

Целью нашего исследования является изучение на основании комплексной оценки структурно-функционального состояния сердечно-сосудистой системы (ССС) и метаболического статуса особенностей АГ у больных, перенесших ОНМК, и выявление факторов, способствующих развитию инсульта.

Материалы и методы. Обследованы 88 больных АГ I–III степени, 41 из которых впервые перенесли ОНМК, а 47 больных не имели ОНМК в анамнезе. По продолжительности АГ, возрасту группы не отличались, по полу – в основной группе преобладали мужчины. Гипотензивная терапия у пациентов обеих групп была неадекватна. Проведены общепринятые для кардиологических больных клинико-инструментальные исследования, исключена вторичная АГ и тяжелая сопутствующая патология. Все больные относились к группам высокого и очень высокого риска.

Результаты. При сравнении параметров (n=58), характеризующих синдром АГ, выявлено, что признаки гипертрофии миокарда левого желудочка верифицировалась у больных АГ в обеих группах. Однако, ИММ ЛЖ у перенесших инсульт, значимо меньше, чем у больных АГ без ОНМК в анамнезе (142,3±51,6 против 166,4±37,1 г/м^2, p<0,0001).

Диастолическая функция миокарда у больных АГ, перенесших ОНМК, характеризовалась большей – А (90,5±19,0 и 67,6±15,5 см/с, p<0,00001) и меньшим E/A (0,9±0,4 и 1,1±0,3, p=0,02), что может свидетельствовать об отчетливой тенденции к более раннему формированию диастолической дисфункции миокарда у больных АГ с цереброваскулярными осложнениями.

СПАД у больных АГ, перенесших инсульт, отличался более высокой степенью и стойкостью диастолической гипертензии

(ДАДд 93,5±13,8 против 87,8±11,2 мм рт.ст., p=0,04; ДАДн 87,6±16,6 против 80,1±14,3 мм рт.ст., p=0,03; ИВ ДАДд 64,5±31,6 против 46,0±27,4%, p=0,006,), тогда как у больных без ОНМК в анамнезе СПАД отличался большей стойкостью и более высокой степенью систолической гипертензии (ИВ САДд 89,6±10,6 против 74,0±27,0 %, p=0,001, САДс 162,6±11,0 против 151,5±24,3 мм рт.ст., p=0,01, САДд 164,3±10,9 против 154,0±23,7 мм рт.ст., p=0,01).

В показателях, характеризующих метаболический статус, значимые различия отсутствовали.

Заключение. Таким образом, выявлено, что у больных АГ, перенесших ОНМК, СПАД отличается преимущественно диастолическим характером гипертензии, а структурно-функциональное состояние ССС — более ранним развитием диастолической дисфункции миокарда.

Гипертрофия ЛЖ, как самостоятельный фактор риска, возможно, является менее значимым для риска развития цереброваскулярных катастроф у больных АГ.

1021 ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМПЬЮТЕРНОЙ INTERNET-СИСТЕМЫ И МОБИЛЬНОЙ ТЕЛЕФОННОЙ СВЯЗИ

Шварц В.А.
ФГУ Саратовский НИИ кардиологии, Саратов, Россия

Цель работы: Создание инновационной технологии первичной медицинской помощи больным артериальной гипертонией (АГ) с использованием компьютерной Internet-системы и мобильной телефонной связи.

Материалы и методы: были включены в динамическое амбулаторное наблюдение СММАГ 63 больных с АГ I–III стадии, возраст 49,5±11,4 лет. Время наблюдения от 6 до 10 месяцев. Для оценки клинической эффективности работы СММАГ, полученные результаты сопоставили с данными информационно-аналитической системы «Регистр АГ» по одной из поликлиник г. Саратова. Группа больных АГ, состоящих на диспансерном наблюдении в поликлинике, составила контрольную группу - 194 человека (124 женщины, 70 мужчин), возраст 51,7±10,0 лет. Разработанная компьютерная система для амбулаторного динамического наблюдения за больными АГ с использованием мобильной телефонной связи - СММАГ, представляет собой самостоятельное приложение (SMS – модуль) и использует базу данных ИАС медицинской помощи больным АГ «Регистр АГ».

СММАГ предназначена для решения следующих задач: автоматизации рассылки (по заданному врачом расписанию) SMS-напоминаний и уведомлений пациентам о необходимости выполнения ими назначений врача: самостоятельные измерения АД, веса, контроля количества выкуренных сигарет, визите к врачу и др.; автоматизации сбора данных о ходе выполнения назначений врача; структурированное хранение полученных данных в формализированном виде; обеспечение оперативного управления ходом лечебно-диагностического процесса у конкретного пациента и управление периодичностью визитов пациентов в поликлинику.

Результаты: в группе пациентов, наблюдаемых СММАГ 54% достигли целевого уровня АД, и средний уровень САД составил 128,48±8,4 мм рт.ст., в контрольной группе целевых значений достигли 9% пациентов, САД - 144,57±12,78 мм рт.ст., что достоверно отличается от такового в первой группе (p<0,001). Средний уровень ДАД составил 82,1±6,9 мм рт.ст, и 87,2±7,1 мм рт.ст соответственно, также с достоверным отличием (p<0,001). Кроме того, у больных, наблюдаемых СММАГ, данные для оценки таких модифицируемых факторах риска как курение имелись у 88,5%, данные об ИМТ у 75%. В группе контроля данные о курении и ИМТ имелись у 3,6%. Возможности динамического мониторирования МФР, позволили выявить, потенциальную возможность применения наблюдения за основными МФР, хотя динамика показателей за данный период времени оказалась не достоверна.

Выводы: Новая технология амбулаторной медицинской помощи с использованием компьютерной Internet-системы и мобильной телефонной связи является инновационным доступным средством, обладает рядом существенных преимуществ перед существующей схемой первичной медицинской помощи в поликлиниках и способна реально повысить эффективность медицинской помощи больным АГ в первичном звене.

1022 ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИИ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА РЕКОРД)

Шевченко И.И., Исламов Р.Р., Красова Е.Е.
МУЗ ГКБСМП №10, Воронеж, Россия

Цель: изучение статистических различий пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) в условиях крупного городского многопрофильного муниципального стационара.

Материалы и методы: Исследованы данные 188 последовательно включенных пациентов с ОКС, госпитализированных в отделение неотложной кардиологии, (регистр РЕКОРД – проект, организованный Лабораторией клинической кардиологии ФГУ «Научно-исследовательский институт» Росздрава; руководитель – д.м.н., проф. Н.А. Грацианский). Использованы дескриптивные статистики пакета Statistica 5.7. для Windows.

Результаты: Госпитализированы в ноябре 2007 года 90 мужчин (47,9%), 98 женщин (52,1%). Средний возраст всей группы 65,1±1,6 года, мужчин – 62,4±1,2 года, женщин – 67,7±1,1 года. Женщины в группе старше, различия достигают уровня значимости (t критерий Стьюдента – 3,15, p=0,002). Отрицали наличие острого инфаркта миокарда (ОИМ) в анамнезе 60,9% мужчин и 51,8% женщин (p=0,1). У 80 пациентов (21,3%) во всей группе в анамнезе ОИМ, при этом у 8% пациентов – один, у 28% пациентов – два и у 4% пациентов – три ОИМ. Стенокардию отметили 146 пациентов (77,6%), 62 мужчины (68,9%) и 84 женщины (85,7%) (p=0,002). Застойная сердечная недостаточность отмечена 56 пациентами (29,8%), из них 18 мужчин (20%) и 38 женщин (38,8%) (p=0,002). Наличие острого нарушения мозгового кровообращения в анамнезе отметили 18 пациентов (9,6%), из них 7 мужчин (7,8%) и 11 женщин (11,2%) (p=0,21). Наличие в анамнезе ОИМ, стенокардии и застойной сердечной недостаточности отметили 32 пациента (17%), из них 12 мужчин и 20 женщин (p=0,09). Гипертоническую болезнь подтвердил 171 пациент (91%), из них 81 мужчина (90%) и 90 женщин (91,8%). Отрицали курение в анамнезе 142 пациента (75,5%), 28 пациентов курят (31,1%), 15 пациентов бросили курить (16,7%), курят 2 пациентки (2%). Сахарный диабет (СД) отметили 27 пациентов (14,4%), при этом у 7 пациентов (25,9%) СД корригирован диетой, 15 (55,6%) получали таблетки и 5 (18,5%) получали инсулин. Гиперхолестеринемию отрицали 18 пациентов (9,6%), 36 пациентов (19,1%) знали о наличии у себя повышенного уровня холестерина (ХС), но 133 пациента (70,7%) не смогли ответить на вопрос о своем уровне ХС (p<0,05). Восемь мужчин (8,9%) и 10 женщин (10,2%) отрицали повышение уровня ХС, 18 мужчин (20%) и 18 женщин (18,4%) знали о том, что уровень ХС у них повышен (p=0,49) и соответственно 64 мужчины (71,1%) и 69 женщин (70,4%) не знали о своем уровне ХС (p=0,33). Семейный анамнез по ИБС отягощен у 43 пациентов (22,9%), 34 пациента (18,1%) отрицали наличие у их родственников ИБС (у мужчин до 60 лет, у женщин до 55 лет), 110 пациентов (58,5%) затруднились ответить на вопрос.

Выводы: 1.Женщины в группе старше, различия достигают уровня значимости. 2. У женщин значимо чаще развитие стенокардии и застойной сердечной недостаточности. 3. Незначимы различия у мужчин и женщин по наличию артериальной гипертензии. 4. Сахарный диабет отмечает каждый седьмой пациент. 5. Более двух третей пациентов не знают о своем уровне холестерина. 6. Выявлено отягощение семейного анамнеза у каждого пятого пациента, большинство пациентов затруднились ответить на вопрос о своем семейном анамнезе.

1023 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПАХ (РЕГИСТР РЕКОРД)

Шевченко И.И., Исламов Р.Р., Красова Е.Е.
МУЗ ГКБСМП №10, Воронеж, Россия

Цель: изучение догоспитального и госпитального приема препаратов пациентами с острым коронарным синдромом (ОКС) в условиях муниципального стационара.

Материалы и методы: Исследованы данные 188 последовательно включенных пациентов с ОКС, госпитализированных в отделение неотложной кардиологии (регистр РЕКОРД; руководитель – д.м.н., проф. Н.А. Грацианский).

Результаты: Принимали аспирин (АС) догоспитально 102 пациента (54,3%), 83 пациента (44,1%) отрицали и 3 (1,6%) – затруднились с ответом. Принимали аспирин 47 пациентов (52,2%), 54 пациентки (55,1%) (p=0,35). Бета-блокаторы (ББ) принимал 89 пациентов (47,3%), 96 пациентов (51,1%) отрицали, 3 пациента (1,6%) затруднились с ответом. Только 39 мужчин (43,3%) и 50 женщин (51%) принимали ББ (p=0,15). Ингибиторы АПФ (ИАПФ) принимал на догоспитальном этапе 101 пациент (53,7%), 83 пациента (44,1%) отрицали, 4 пациента (2,1%) затруднились с ответом. Сорок пять мужчин (50%) и 56 женщин (57,1%) принимали ИАПФ (p=0,17). Статины (СТ) принимали догоспитально только 12 пациентов (6,4%), 8 мужчин (8,9%) и 4 женщины (4,4%), 172 пациента (91,5%) не принимали СТ и 3 пациента затруднились с ответом. Нитропрепараты (НП) принимали 98 пациентов (52,1%), отрицали прием 88 пациентов (46,8%) и 2 пациента (1,1%) затруднились с ответом. Сорок три мужчины (47,8%) и 55 женщин (56,1%) принимали НП (p=0,13). Антагонисты кальция (АК) на догоспитальном этапе принимали только 12 пациентов (6,4%), 174 пациента (92,6%) отрицали прием. В стационаре АС получали 174 пациента (92,6%), не получали 13 пациентов (6,9%), из получавших – 81 мужчина (90%) и 93 женщины (94,9%). Нефракционированный гепарин (НФГ) получали 74 пациента (39,4%), 113 пациентов (60,6%) – не получали. Получали НФГ 40 мужчин (44,4%) и 34 женщины (34,7%) (p=0,08). Двадцати пациентам (10,6%) НФГ был назначен догоспитально и продолжен в стационаре, 19 пациентам (10,1%) назначен в палате реанимации и интенсивной терапии и 37 пациентам (19,7%) в кардиопалатах. Получали ББ 159 пациентов (84,6%), из них 76 мужчин (84,4%) и 83 женщины (84,7%) (p=0,48). ИАПФ получали 153 пациента (81,4%), из них 75 мужчин (83,3%) и 78 женщин (79,6%) (p=0,26). Диуретики получали 73 пациента (38,8%), из них 29 мужчин (32,2%) и 44 женщины (44,9%) (p=0,03). НП получали 147 пациентов (78,2%), из них 72 мужчины (80%) и 75 женщин (83,3%) (p=0,46). Статины получали только 11 пациентов (5,9%), из них 5 мужчин (5,6%) и 6 женщин (6,7%), АК – 37 пациентов (19,7%), из них 16 мужчин (17,8%) и 21 женщина (21,4%). АС, ББ, ИАПФ догоспитально принимали только 56 пациентов (29,8%). Из-за недостаточного финансирования (около 28 рублей в сутки) в отделении практически отсутствуют современные антитромботические препараты (клопидогрель), низкомолекулярные гепарины (энокспарин), фондопаринукс, статины (аторвастатин, симвастатин, розувастатин), фибринолитики (стрептокиназа, альтеплаза, тенектеплаза), что значительно снижает качество лечения пациентов с ОКС.

Выводы: 1 Большинство пациентов получает неудовлетворительное лечение на догоспитальном этапе: только около 30% пациентов получали АС, ББ и ИАПФ. 2. Лечение пациентов в стационаре проводится недостаточно эффективно и по многим параметрам не соответствует рекомендациям ВНОК.

1024 КЛИНИКО - ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА РЕКОРД)

Шевченко И.И., Исламов Р.Р., Красова Е.Е.
МУЗ ГКБСМП №10, Воронеж, Россия

Цель: изучение параметров пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) в условиях крупного городского многопрофильного муниципального стационара.

Материалы и методы: Исследованы данные 188 последовательно включенных пациентов с ОКС, госпитализированных в отделение неотложной кардиологии, (регистр РЕКОРД; руководитель – д.м.н., проф. Н.А. Грацианский). Использованы дескриптивные статистики пакета Statistica 5.7. для Windows.

Результаты: В качестве основного симптома боль в грудной клетке отметили 53 пациента (28,2%), из них 24 мужчины (26,7%) и 29 женщин (29,6%) (p=0,33). Сочетание боли с одышкой еще 21 пациент (11,2%). Болевой синдром, чувство нехватки воздуха и слабость отметили 67 пациентов (35,6%), только одышку – 8 пациентов (4,3%), только слабость – 6 пациентов (3,2%). Сочетание болевого синдрома в груди и слабости отметили еще 12 пациентов (6,4%). У 1 пациентки болевой синдром сопровождался одышкой слабостью и синкопальным состоянием. Среднее время от начала клиники до госпитализации составило для всей группы – 175 часов, при этом распределение не является нормальным и медиана составила – 72 часа, 25% квартиль – 8 часов, 75% квартиль – 288 часов. В первые сутки от начала клиники госпитализированы 70 пациентов (37,2%), при этом в первые 6 часов – 36 пациентов (19,1%), в последующие 6 часов – 22 пациента (11,7%), в оставшиеся часы первых суток – еще 12 пациентов (6,4%). Средняя длительность пребывания в стационаре составила 11,3 койко/дня (к/д), медиана – 10 к/д, 75% квартиль – 13 к/д. До 5 к/д пребывание составило у 19 пациентов (10,1%), 6-10 к/д – 79 пациентов (42%), 11-15 к/д – 56 пациентов (29,8%), 16-20 к/д – 25 пациентов (13,3%), свыше 20 к/д – 8 пациентов (4,3%). Частота сердечных сокращений при госпитализации в среднем составила 90 в минуту, при этом она составила 50-60 в минуту у 4 пациентов (2,1%), 61-70 – у 23 пациентов (12,2%), 71-80 – у 43 пациентов (22,9%), 81-90 – у 33 пациентов (17,6%), 91-100 – у 29 пациентов (15,4%), 101-120 – у 29 пациентов (15,4%), 120-140 – 18 пациентов (9,6%), свыше 141 – у 7 пациентов. При анализе электрокардиограмм (ЭКГ) синусовый ритм выявлен у 119 пациентов (63,3%), мерцание предсердий – у 66 пациентов (35,1%), ритм ЭКС – у 3 пациентов (1,6%), блокада левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ) – у 23 пациентов (12,2%), правой (БПНПГ) – у 16 пациентов (8,5%). Сегмент ST на изолинии у 92 пациентов (48,9%), элевация сегмента ST у 11 пациентов (5,6%), депрессия ST – у 14 пациентов (7,4%), инверсия зубца Т – у 65 пациентов (34,6%). Сочетание нормальной продолжительности QRS с сегментом ST на изолинии у 69 пациентов (36,7%), с элевацией ST – у 7 пациентов (3,7%), с депрессией ST – у 10 пациентов (5,3%), с инверсией зубца Т – у 55 пациентов (29,3%). Сочетание БЛНПГ с элевацией ST у 3 пациентов (1,6%), также у 3 пациентов сочетание с депрессией ST и у 4 пациентов с инверсией зубца Т. Столь сложные для клинической оценки изменения временных и амплитудных характеристик ЭКГ затрудняют диагностику ОКС. Вместе с тем современные маркеры повреждения миокарда (тропонин I и МВ КФК) для диагностики использовались только у 30 пациентов (15,9%).

Выводы: 1. Из клинических симптомов у пациентов с ОКС ведущим является боль в грудной клетке. 2. Превалируют пациенты с ОКС без подъема сегмента ST. 3. Маркеры повреждения используются для диагностики недопустимо редко.

1025 КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА РЕКОРД)

Шевченко И.И., Исламов Р.Р., Красова Е.Е.
МУЗ ГКБСМП №10, Воронеж, Россия

Цель: изучение параметров пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) в условиях крупного городского многопрофильного муниципального стационара.

Материалы и методы: Исследованы данные 188 последовательно включенных пациентов с ОКС, госпитализированных в отделение неотложной кардиологии (регистр РЕКОРД; руководитель – д.м.н., проф. Н.А. Грацианский).

Результаты: при госпитализации 171 пациент (90,9%) подтвердили наличие у себя гипертонической болезни. Цифры систолического АД (САД) оказались следующими: до 100 мм рт.ст. – 2 пациента (1%), 101-120 мм рт.ст. – 14 (7,5%), 121-140 мм рт.ст. – 33 (17,6%), 141-160 мм рт.ст. – 73 (39%), 161-180 мм рт.ст. – 40 (21,4%), 181-200 мм рт.ст. – 18 (9,6%), свыше 201 мм рт.ст. – 6 пациентов (3,2%). Диастолическое АД (ДАД) при госпитализации: 61-70 мм рт.ст. – 7 пациентов (3,7%), 71-80 мм рт.ст. – 10 (5,3%), 81-90 мм рт.ст. – 51 (27,3%), 91-100 мм рт.ст. – 63 (33,7%), 101-110 мм рт.ст. – 47 (25,1%), 111-120 мм рт.ст. – 6 (3,2%), свыше 120 мм рт.ст. – 2 пациента (1,1%). Средние цифры САД для всей группы – 147,8 мм рт.ст., ДАД – 88,7 мм рт.ст. Тропонин I (Tn I DPC USA, норма – 1 нг/мл) исследован у 30 пациентов (15,9%)), у 23 (76,7% от обследованных) Tn I <0,2 нг/мл, у 7 (23,3%)> 1нг/мл: у 3 пациентов – 1-3 нг/мл, у 1 – 4-7 нг/мл, у 1 – 8-50 нг/мл, у 1 – 51-125 нг/мл, у 1 пациента >180 нг/мл. МВ КФК исследована у 26 пациентов (13,8%) (норма 24 Е/л), при этом значение <24 Е/л определено у 18 пациентов (69,2% от обследованных), двукратное повышение у 4 пациентов (15,4%), по 1 пациенту имели соответственно 3, 4 и 15кратное повышение. Коэффициент корреляции Пирсона (r) между значениями Tn I и МВ КФК составил 0,93. Общий холестерин (ОХ) исследован у 178 пациентов (94,7%), при этом значения распределились следующим образом: до 3 ммоль/л – 8 пациентов (4,5%), от 3 до 4,5 ммоль/л – 62 (32,9%), таким образом, не превышало нормы значение ОХ у 70 пациентов (39,3%). Значение ОХ от 4,6 до 6,0 ммоль/л имели 72 пациента (40,4%), от 6,1 до 7,5 ммоль/л – 29 (16,3%), от 7,6 до 9,0 ммоль – 6 (3,2%), у 1 пациента значение ОХ было более 10,5 ммоль/л. Среднее значение ОХ для всей группы составило (M±m) 4,9±0,1 ммоль/л. Креатинин определен у 170 пациентов (90,4% от поступивших), из них 82 мужчины (91,1%) и 88 женщин (89,8%). Значения креатинина у пациентов: до 124 мкмоль/л – 71 пациент (86,6%), от 125 до 186 мкмоль/л – 8 (9,8%), от 187 до 248 мкмоль/л – 2 (2,4%), у 1 пациента значение креатинина было более 930 мкмоль/л. У пациенток значение креатинина: до 93 мкмоль/л – 52 (59,1%), 94,0-186 мкмоль/л – 35 (36,1%), у 1 пациентки значение креатинина превышало 372 мкмоль/л. Глюкоза в венозной крови определена у 177 пациентов (94,1%), значения: до 6,9 ммоль/л – 154 пациента (87%), от 6,9 ммоль/л до 10,4 ммоль/л – 18 (10,2%), свыше 10,4 ммоль/л – 5 (2,8%). Гемоглобин при госпитализации определялся у 186 пациентов (98,9%), значение: до 75г/л – 1 пациент, до 100 г/л – 4 (2,1%), 100-125 г/л – 45 (23,9%), 126-150 г/л – 89 (47,3%), 151-175 г/л – 42 (22,3%), свыше 176 г/л – 5 пациентов (2,7%).

Выводы: 1. Девять пациентов из 10 при госпитализации подтвердили наличие у них артериальной гипертензии. 2. Среднее значение САД для всей группы превышает целевое (130 мм рт.ст.) на 17,8 мм рт.ст., а ДАД на 8,7 мм рт.ст. 3. Только примерно у 40% пациентов значение ОХ не превышает целевых цифр.

1026 КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ, ИСХОДЫ И РЕКОМЕНДУЕМАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА РЕКОРД)

Шевченко И.И., Исламов Р.Р., Красова Е.Е.
МУЗ ГКБСМП №10, Воронеж, Россия

Цель: изучение параметров пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) в условиях крупного городского многопрофильного муниципального стационара.

Материалы и методы: в ноябре 2007 года в приемное отделение МУЗ ГКБСМП обратились 229 пациентов, 33 пациентам отказано в госпитализации, госпитализированы 196 пациентов, исследованы данные 188 последовательно включенных пациентов с ОКС, госпитализированных в отделение неотложной кардиологии, (регистр РЕКОРД; руководитель – д.м.н., проф. Н.А. Грацианский). Использованы дескриптивные статистики пакета Statistica 5.7. для Windows.

Результаты: В стационаре госпитализированным больным с подозрением на ОКС были выставлены следующие клинические диагнозы: острый крупноочаговый инфаркт миокарда (QOИМ) – 10 пациентов (5,3%), острый мелкоочаговый инфаркт миокарда (nonQOИМ) – 31 пациент (16,5%), прогрессирующая стенокардия – 111 пациентов (59%), другой диагноз – 36 пациентов (19,1%). Окончательный диагноз при выписке: QOИМ – 10 пациентов (5,3%), nonQOИМ – 32 пациента (17%), прогрессирующая стенокардия – 111 пациентов, в том числе, впервые возникшая стенокардия – 7 пациентов, стабильная стенокардия ФК II-III – 6 пациентов (3,2%), артериальная гипертензия – 9 пациентов (4,8%), аритмический вариант – 18 пациентов (9,6%). Летальность составила 7 пациентов (3,7% от числа включенных в исследование 188 пациентов, 4,6% от числа 151пациента с ОКС по данным окончательного диагноза), при этом умерло 4 мужчин и 3 женщины. Средний возраст умерших пациентов 63,8 года, медиана – 60,5 года, 25% квартиль – 54,5 года, 75% квартиль – 73 года. Средний возраст умерших пациенток – 75,6 года, медиана – 78 лет. Различия в возрасте умерших пациентов и пациенток недостоверны (p=0,17). Среднее время пребывания в стационаре составило (M±m) 3,6±1,15 койко/дня. Два пациента (28,6%) умерли на вторые сутки, 3 пациента (42,9%)на четвертые, 1 пациент (14,3%) на пятые и 1 пациент (14,3%) на одиннадцатые сутки пребывания в стационаре. Посмертный клинический диагноз: у 1 пациента (14,3%) – ОКСПST, у 6 пациентов (85,7%) – ОКСБПST. У 6 умерших пациентов в анамнезе ОИМ, средняя длительность предшествующей стенокардии 9,1±2,5 года. Среднее время от начала клиники до госпитализации в группе выживших пациентов составило 173,9 часа, в группе умерших – 224,5 часа, различия недостоверны (t-критерий Стьюдента – 0,516, p=0,61). При выписке 144 пациентам с окончательным диагнозом ОКС рекомендован прием следующих препаратов: аспирина – 131 пациенту (91%), бета-блокаторов – 124 пациентам (86,1%), ингибиторов АПФ – 113 пациентам (78,5%), статинов – 31 пациенту (21,5%), нитропрепаратов – 99 пациентам (68,8%), диуретиков – 40 пациентам (27,8%), антагонистов Са – 36 пациентам (25%).

Выводы: 1. Среди клинических диагнозов преобладает прогрессирующая стенокардия.. 2. Почти каждый пятый пациент, госпитализированный с подозрением на ОКС, имеет при выписке другой диагноз. 3. Среди умерших превалируют пациенты с ОКСБПST. 4. Отмечается позднее время от начала клиники ОКС до госпитализации (более 7 суток), но различия в сроках госпитализации выживших и умерших пациентов недостоверны.

1027 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБЫЧНОГО И ПЕРЕМЕЖАЮЩЕГОСЯ РЕЖИМА КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ФЕНОФИБРАТА И СТАТИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Шек А.Б., Мавлянова М.Б., Аминов С.А., Жиберина Л.А.
Республиканский специализированный центр кардиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель: сравнить эффективность и безопасность обычного и перемежающегося режима комбинированного использования фенофибрата и статинов (6 месяцев) у пациентов с нестабильной стенокардией и смешанной дислипидемией.

Материалы и методы: В исследование были включены 26 больных с нестабильной стенокардией и смешанной дислипидемией (ХС ЛПНП >100 мг/дл, ТГ > 250 мг/дл). Лица с исходно повышенным уровнем АЛТ, АСТ и креатинфосфокиназы (КФК) не включались в исследование. 12 получали фиксированную дозу фенофибрата 200 мг/день и титруемую дозу статинов (симвастатин, аторвастатин) 10-40 мг/сут ежедневно, 14 находились на перемежающемся режиме терапии: в нечётные дни фенофибрат 200 мг/день, а в чётные – статины (симвастатин, аторвастатин) - 10-80 мг/сут. Базисная терапия включала бета-адреноблокаторы, нитраты, аспирин, клопидогрель, низкомолекулярные гепарины в остром периоде. Показатели липидного обмена – общий холестерин (ХС), холестерин липопротеидов низкой (ЛПНП), высокой плотности (ЛПВП), очень низкой плотности (ЛПОНП) триглицериды (ТГ), а также - С-реактивного белка (С-РБ), функции печени - аланин (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), общего билирубина, креатинфосфокиназы (КФК) опре-

деляли на следующий день после поступления пациентов в стационар после 12-14 часового голодания на автоанализаторе «RANDOX» (Ирландия), а также после 1, 3 и 6 месяца исследования.

Результаты: В течение 6-месячного периода из исследования выбыли 3 (25,0%) пациента в группе обычного режима терапии (мышечная слабость, диспепсия, повышение уровня КФК в 10 раз и уровня АЛТ в 3 раза) и лишь 1 (7,1%) в группе перемежающегося режима. Целевой уровень ХС ЛПНП (<100 мг/дл) был достигнут у 7 (58,3%) пациентов в 1 группе, и у 13 (92,9%) во 2 группе (P<0,05). Возможно, это объясняется относительно небольшой средней дозой статинов в 1 группе (16,7±8,9 мг/сут), которую недостаточно титровали из-за побочных эффектов, тогда как во 2 группе, средняя доза статинов, назначаемая через день была несколько выше (38,6±14,6 мг/сут). Целевой уровень ТГ (<150 мг/дл) был достигнут у 8 (66,7%) пациентов в 1 группе и у 6 (42,9%) во 2-ой.

Заключение: Перемежающийся режим комбинированного использования фенофибрата и статинов более безопасен и обладает преимуществом в достижении целевого уровня ХС ЛПНП.

1028 РАЗДЕЛЬНОЕ И КОМБИНИРОВАННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЗЕТИМИБА И СИМВАСТИНА У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Шек А.Б., Аминов С.А., Мавлянова М.Б., Курбанов Р.Д.
Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: сравнить лечебную эффективность статинов при раздельном и комбинированном использовании у пациентов с нестабильной стенокардией и дислипидемией.

Материалы и методы: В исследование включены 95 пациентов, мужчин и женщин, в возрасте от 40 до 65 лет, перенесших острый коронарный синдром, с трансформацией в нестабильную стенокардию. У 36 пациентов отмечалась непереносимость как минимум 2 видов статинов (аторвастатин или симвастатин 5-10 мг/сут, правастатин или флувастатин 10-20 мг/сут), выражавшаяся в диарее или мышечной слабости в начале терапии. Этим пациентам назначали эзетимиб-10 мг/сут. Вторую группу составили 29 пациентов, принимавших симвастатин 40 мг/сут, третью - 30 обследованных, принимавших виторин-20 (симвастатин-20+эзетимиб-10) или 40 мг/сут (симвастатин-40+эзетимиб-10), титруемую до достижения целевого уровня ХС ЛПНП (< 100 мг/дл). Больные с исходно повышенным уровнем креатинфосфокиназы, печёночных ферментов и общего билирубина не включались в исследование. Базисная терапия включала бета-адреноблокаторы, нитраты, аспирин, клопидогрель, низкомолекулярные гепарины в остром периоде. Биохимические показатели определяли на следующий день после поступления пациентов в стационар, после 12-14 часового голодания, на автоанализаторе «RANDOX» (Ирландия), а также после 3 месяца исследования.

Результаты: После трёхмесячного курса терапии в 3 группе (виторин-40) у 1 пациента отмечено повышение уровня креатинфосфокиназы со 144 до 1076, у 1 пациента - повышение уровня аланинтрансаминазы с 28 до 112 U/L, в связи с чем принято решение об исключении их из исследования. В группе симвастатина-40 и эзетимиба побочных эффектов зарегистрировано не было. В группе эзетимиба отмечалось снижение уровня общего ХС (-8,8%, P<0,05), ХС ЛПНП (-11,5%, P<0,05). При этом уровень ХС ЛПВП, ТГ, и С-реактивного белка достоверно не изменился. При трёхмесячном лечении симвастатином-40 отмечено более выраженное снижение общего ХС (-18,6%, P<0,001) и ХС ЛПНП (-25,4%, P<0,001), концентрация ХС ЛПВП и ТГ достоверно не изменились, средний уровень С-РБ снизился на 33,3 % (НД). В группе виторина 20 и 40 наблюдалось снижение уровня общего ХС (-25,8%, P<0,001), ХС ЛПНП (-32,7%, P<0,001) и, несколько неожиданно, ТГ (-39,9%, P<0,001). Концентрация ХС ЛПВП не изменилась, средний уровень С-РБ снизился на 32,2 % (Wilcoxon, P=0,028). Повторных госпитализаций на фоне проводимой терапии в течение 3 месяцев в обеих группах зарегистрировано не было. В целом, по результатам опроса пациенты обеих групп положительно воспринимали результаты лечения.

Заключение: Несмотря на менее выраженный эффект в отношении снижения уровня липидов и С-реактивного протеина, нам представляется клинически интересным длительное использование эзетимиба у больных с непереносимостью статинов, перенесших приступ дестабилизации стенокардии.

1029 ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ G272S И C825T ГЕНА GNB3 В РАЗВИТИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В ЦЕНТРАЛЬНОМ ЧЕРНОЗЕМЬЕ

Шестаков А.М.[1], Полоников А.В.[2], Иванов В.П.[2], Солодилова М.А.[2], Ушачев Д.В.[1], Катаргина Л.Н.[3], Хорошая И.В.[2], Кожухов М.А.[1], Колесникова О.Е.[1], Гриднев А.А.[2], Криворутченко В.Б.[2]
Областная клиническая больница[1], Курск, Россия; Курский государственный медицинский университет[2], Курск, Россия; Больница скорой медицинской помощи[3], Курск, Россия

Изучение полиморфизма генов сигнальной трансдукции является одним из важных направлений в изучении молекулярно-генетических механизмов гипертонической болезни (ГБ). Некоторыми зарубежными и отечественными исследованиями установлена ассоциация полиморфизма C825T гена β-субъединицы гуанин-нуклеотид связывающего белка (GNB3) с предрасположенностью к ГБ. Причины, которые лежат в основе непостоянства выявления ассоциаций полиморфных вариантов генов, в том числе и GNB3, в различных этнических группах, является предметом интенсивных дискуссий в генетических исследованиях в кардиологии. Предполагается, что основной причиной невоспроизводимости результатов оригинальных исследований по поиску ассоциаций полиморфных генов с развитием ГБ является генетическая гетерогенность заболевания, а также эволюционно-сложившиеся специфические взаимодействия генотип-среда, характерные для каждой человеческой популяции. В этой связи изучение регионального распределения частот аллелей и генотипов кандидатных генов ГБ позволит установить особенности генетической компоненты подверженности болезни в каждой отдельной популяции.

Целью исследования явилось изучение популяционной распространенности двух точковых мутаций G272S и C825T гена GNB3 у русских жителей Центрально-Черноземного региона России с оценкой роли данных полиморфизмов в формировании предрасположенности к ГБ. Материалом исследования послужила выборка больных ГБ (n=203), находившихся на стационарном лечении в кардиологических отделениях ЛПУ г. Курска в период с 2003 по 2004 год. Контрольную группу составили 202 относительно здоровых добровольца. Генотипирование полиморфизмов G272S и C825 гена GNB3 проводили методами ПЦР-ПДРФ согласно протоколам, описанным в литературе. Различия в частотах аллелей и генотипов между группами оценивали с помощью критерия $\chi 2$ и расчета отношения шансов (OR) с 95%-ми доверительными интервалами (CI).

Сравнительный анализ частот аллелей полиморфизмов G272S и C825T гена GNB3 не выявил статистически значимых различий в их распределении между группами здоровых и больных ГБ (p>0,05). Сравнение частот генотипов полиморфизма C825T гена GNB3 также не позволило выявить статистически значимых различий между группами. В то же самое время, частота гетерозиготного генотипа 272GS гена GNB3 в группе больных ГБ (5,9%) была ниже, чем в контрольной группе (11,3%). Однако различие в частотах генотипа 272GS между группами не достигало принятого в исследовании статистического уровня значимости (χ^2=3,56; df=1; OR=0,49; CI 0,23-1,04; p=0,059). Раздельный анализ частот генотипа 272GS гена GNB3 в зависимости от пола показал, что данный генотип был ассоциирован с предрасположенностью к ГБ только у женщин (χ^2=3,66; df=1; OR=0,40; CI 0,15-1,05; p=0,056). В связи с тем, что величина рассчитанного отношения шансов принимала значение меньше 1, то генотип 272GS является протективным в отношении риска развития ГБ. У женщин также наблюдалась отчетливая тенденция к увеличению частоты гомозигот-

ного генотипа 825CC в группе больных ГБ в сравнении с контрольной группой (χ^2=2,72; df=1; OR=1,55; CI 0,92-2,60; p=0,099). Анализ парных сочетаний генотипов не выявил статистически значимых различий в их распределении между исследуемыми группами (p>0,05). Таким образом, полиморфные варианты G272S и C825T гена GNB3 не оказывают существенного влияния на риск развития гипертонической болезни у русских жителей Центрального Черноземного региона России.

1030 СНИЖЕНИЕ ТРЕВОГИ МЕТОДАМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Шестопалова И.М., Ткаченко Г.А.
ГУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, Москва, Россия

Сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания, в первую очередь, ишемическая болезнь сердца (ИБС), значительно ограничивают возможности хирургического лечения онкологических больных. Стрессовое состояние, связанное с двумя взаимоотягощающими заболеваниями, в большинстве случаев сопровождается тревожным синдромом. По мнению многих авторов, тревожное состояние является независимым фактором риска развития и прогрессирования ИБС. Для улучшения результатов хирургического лечения онкологических больных с ИБС показана психологическая коррекция тревожного состояния.

Цель исследования – оценка результатов психологической коррекции тревожного состояния у онкологических больных с ИБС.

Материал и методы исследования. Обследовано 40 больных злокачественными новообразованиями торако-абдоминальной локализации и сопутствующей ИБС, которым планировалось проведение хирургического лечения в РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН. Средний возраст больных 61,75±5,76 года.

Уровень тревоги исследовали в предоперационном периоде до после психологической коррекции по методике госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS).

Все пациенты имели повышенный уровень тревоги при первичном обследовании. Для анализа было сформировано две группы: первая группа (n=20) – больные, которым проводилась психологическая коррекция тревоги с применением аутосуггестивных релаксационных техник с поддержкой аудиальной модальности восприятия; контрольная группа (n= 20) – без психологической поддержки.

Результаты исследования. Средний показатель уровня тревоги в выборке при первичном обследовании составил 9,42±1,24 балла. На фоне тревожного эмоционального состояния у 60% больных обеих групп отмечалась психогенно обусловленная инсомния.

В процессе проведения психологической коррекции уровень тревоги достоверно снизился у больных первой группы (p<0,05), у 80% пациентов, страдающих инсомнией, был восстановлен нормальный сон. В контрольной группе показатели уровня тревоги существенно не менялись, в отдельных случаях отмечалась тенденция к ее увеличению.

Выводы. Настоящим исследованием показана эффективность психологической коррекции в снижении уровня тревоги у онкологических больных с сопутствующей ИБС.

1031 ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ФОНЕ КОРРЕКЦИИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ СТИМУЛОТОНОМ

Шилина Н.Н., Стаценко М.Е.
ГОУ ВПО «ВолГМУ Росздрава», Волгоград, Россия

Цель: изучить особенности течения хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), на фоне коррекции аффективных расстройств стимулотоном (производства АО «ЭГИС», Венгрия).

Методы исследования: обследовано 60 больных от 45 до 75 лет на 3-4 неделе от начала ИМ, страдающих СД 2 типа, имеющих признаки ХСН II-III ФК и тревожно-депрессивных расстройств. Пациенты были разделены на две группы (по 30 человек). 1-ая группа больных в дополнение к базисным препаратам получала стимулотон 50 мг/сутки в течение 3-х месяцев, контрольная группа - только базисную терапию. С пациентами обеих групп проводились психотерапевтические беседы. Наличие тревоги (Т) и депрессии (Д) определяли по данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS, функциональный класс (ФК) ХСН – при помощи теста шестиминутной ходьбы, также проводилось эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ) по Тейкхольцу для оценки фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ), конечного диастолического размера (КДР) ЛЖ и размера левого предсердия (ЛП). Наблюдение проводилось исходно и через 3 месяца.

Результаты: на фоне терапии стимулотоном у больных отмечается достоверное снижение выраженности Т с 10,78±0,53 до 6,21±0,82 баллов, Д с 10,13±0,81 до 5,04±0,73 баллов. Во 2-ой группе пациентов уменьшения выраженности Т и Д до нормальных значений не произошло: Т снизилась с 10,72±0,45 до 8,73±2,9 баллов, Д с 10,63±0,96 до 8,09±1,45 баллов. По данным ТШХ повысилась толерантность к физическим нагрузкам, более значимо у пациентов 1-ой группы с 246±14,09 м до 337±14,3 м (p<0,05), у больных 2-ой группы с 248±12,45 м до 304±11,8 м (p<0,05). По результатам ЭхоКГ в 1-ой группе ФВ ЛЖ увеличилась до нормы с 49,23±2,2 до 55,6±1,2 % (p<0,05), КДР ЛЖ сократился с 58,46±0,94 до 55,53±0,74 мм (p>0,05), размер ЛП уменьшился с 42,53±0,74 до 40,86±0,54 мм (p>0,05). Во 2-ой группе ФВ ЛЖ увеличилась не достоверно с 48,5±1,4 до 52,7±1,55 %; КДР ЛЖ и размер ЛП незначительно уменьшились: КДР - с 57,08±1,05 до 56,3±2,47 мм (p>0,05), ЛП - с 42,47±1,05 до 41,78±0,53 мм (p>0,05).

Заключение: коррекция стимулотоном аффективных расстройств у больных СД 2 типа оказывает благоприятное влияние на течение ХСН в восстановительном периоде ИМ.

1032 ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ АНТИГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Шишкова В.Н.
ФГУ Государственный научно исследовательский центр профилактической медицины, Москва, Россия

Создание теории метаболического синдрома стало важным фактором, определившим перспективу первичной профилактики сахарного диабета типа 2 и сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с атеросклерозом. Известно, что применение антигипергликемических препаратов, влияющих на ИР - ключевой механизм патогенеза МС, является важным звеном коррекции МС; к таким препаратам относятся бигуаниды и тиазолидиндионы. В проспективных исследованиях показано, что применение этих антигипергликемических препаратов на этапе предиабета снижает риск развития СД 2 с 30 до 62%. Однако в общетерапевтической и кардиологической практике системные метаболические эффекты антигипергликемических препаратов исследованы недостаточно.

Целью настоящего исследования являлось изучение клинической эффективности и безопасности антигипергликемических препаратов росиглитазона в суточной дозе 4-8 мг и метформина в суточной дозе 850-1700 мг у пациентов с метаболическим синдромом и предиабетом в кардиологической практике.

В открытое сравнительное исследование были включены 60 больных в среднем возрасте 52±7 лет. Метаболический синдром

был установлен по модифицированному варианту критерий ATPIII/NCEP 2001 года, при этом наличие предиабета было обязательным условием для включения пациентов в исследование.

Пациенты были рандомизированы в три группы по 20 человек. В I группе пациентам была назначена терапия росиглитазоном в суточной дозе 4 мг, с дальнейшим титрованием дозы до 8 мг, во II группе – метформин в суточной дозе 850 мг с дальнейшим титрованием дозы до 1700 мг, а пациентам контрольной группы была оставлена прежняя терапия.

На фоне трехмесячной терапии росиглитазоном отмечается снижение уровня глюкозы натощак на 14,1%, тогда как через 2 часа ее концентрация снижается на 17,9%, а на фоне терапии метформином эти показатели изменились на 6,2% и 19,5% соответственно. Снижение гликемии является следствием уменьшения инсулинорезистентности, что отражается в достоверном снижении уровня иммунореактивного инсулина на фоне терапии росиглитазоном на 44,2% и индекса HOMA на 52,1%, на фоне терапии метформином на 33,5% и 37,7% соответственно. В обеих группах терапия антигипергликемическими препаратами привела к дополнительным положительным метаболическим изменениям. Так, терапия росиглитазоном привела к уменьшению триглицеридов на 11%, С реактивного белка на 24% и увеличению ХС ЛВП на 9%. Трехмесячная терапия метформином привела к снижению триглицеридов на 25%, С реактивного белка на 34% и увеличению ХС ЛВП на 12,8%. Маркеры абдоминального и соматического ожирения практически не изменились. Отмечалось небольшое снижение уровня АД в обеих группах. Переносимость терапии была хорошая, побочных эффектов отмечено не было.

Таким образом, применение антигипергликемических препаратов росиглитазона в средней суточной дозе 4-8 мг или метформина в средней суточной дозе 850-1700 мг в составе комплексной терапии может способствовать снижению риска развития сахарного диабета и сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с метаболическим синдромом и ранними нарушениями углеводного обмена.

1033 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ ДО И ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Шпак Л.В., Волкова Ю.А., Еремеев А.Г.
ГОУ ВПО Тверская ГМА, Тверь, Россия

Цель исследования. Установить возможность использования вариабельности сердечного ритма (ВСР) для оценки регуляторных влияний изменяющегося тиреостата на состояние гомеостаза в связи с резекцией щитовидной железы.

Материал и методы. У 124 больных (мужчин – 37, женщин – 87; средний возраст – 50,4±1,7 года) манифестным (73) и осложненным (51) тиреотоксикозом до и после резекции щитовидной железы проводились иммуноферментное определение тиреотропного гормона гипофиза (ТТГ, мМе/л), свободного тироксина (Т4св, пмоль/л), а также изучение вегетативной регуляции по 5-минутной регистрации электрокардиографии (ЭКГ) на аппаратно-программном комплексе «Кредо» (ДНК и Ко, Тверь).

Результаты. До резекции щитовидной железы у всех больных содержание в крови ТТГ было низким (0,1±0,04 мМе/л), а Т4св – повышался от манифестного (51,9±1,9 пмоль/л) к осложненному (59,6±2,6 пмоль/л; p<0,02) тиреотоксикозу. У больных манифестным тиреотоксикозом отмечалась тахикардия (ЧСС=113,5±1,4 в мин.), еще более выраженная (ЧСС=122,2±2,6 в мин.; p<0,01) при осложненном. Установлено, что в динамике течения тиреотоксикоза наиболее информативными показателями ВСР при манифестном тиреотоксикозе явились повышение АМо (60,5±1,3%), ИН (515,2±37,8 ед) и LF/HF (2,2±0,03), снижение ВР (0,12±0,01 с) и RMSSD (10,7±1,2 мс), отражающие симпатическое доминирование (p<0,01), а при осложненном –, напротив, уменьшение АМо (41,3±0,6 %), ИН (135,5±64,8 ед) и LF/HF (0,8±0,01), увеличение ВР (0,40±0,02 с) и RMSSD (106,6±3,3 мс), указывающие на усиление ваготонии в связи с истощением симпато-адреналовой регуляции (p<0,05).

В раннем послеоперационном периоде резекции щитовидной железы при манифестном и осложненном тиреотоксикозе уровень ТТГ повышался (соответственно, 2,4±0,2 и 4,25±0,4 мМе/л; p<0,001), Т4св снижался (14,7±0,5 и 15,75±0,2 пмоль/л; p<0,001) и ЧСС уряжалась (80,4±2,9 и 74,8±1,3 в мин; p<0,001). Этим изменениям в случаях манифестного тиреотоксикоза соответствовали уменьшение АМо (40,5±0,9 %), ИН (185,3±8,0 ед), увеличение ВР (0,24±0,02 с), RMSSD (44,5±2,3 мс) вплоть до эйтонии (LF/HF=1,0±0,01; p<0,001), а в случаях осложненного – противоположные сдвиги в виде увеличения АМо (52,8±1,0%), ИН – (159,6±73,6 ед), LF/HF (0,9±0,02) и уменьшения ВР (0,33±0,01с), RMSSD (53,1±1,3; p<0,01-0,001), свидетельствующие лишь об уменьшении выраженности ваготонии.

Выводы. Изменения ВСР могут явиться прогностическим признаком перехода от манифестного тиреотоксикоза к осложненному, если нарастание тироксинемии и тахикардии сочетается с усилением парасимпатической активности. После оперативного вмешательства уменьшение выраженности манифестного тиреотоксикоза ведет к ослаблению симпатикотонии и установлению эйтонии, а в случаях осложненного – к улучшению вагосимпатических отношений.

1034 ЗНАЧЕНИЕ И ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ CD117+, CD133+, CD34+38-, CD90+34- СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Штатолкина М.А., Рябов В.В.*, Суслова Т.Е.**, Марков В.А.*, Попов С.В.***
ГОУ ВПО Сибирский Государственный Медицинский Университет Росздрава*, Томск, Россия; ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН**, Томск, Россия

Цель работы. Изучить динамику содержания CD117+, CD133+, CD34+38-, CD90+34- стволовых клеток костного мозга в периферической крови при остром первичном трансмуральном переднем инфаркте миокарда (ИМ) и определить взаимосвязь с некоторыми клинико-эхокардиографическими параметрами.

Материалы и методы исследования. Обследовано 10 пациентов с ИМ, средний возраст 60±12 лет. В 2 (20%) случаях выполнена первичная ангиопластика, 8 (80%) больных получили тромболитическую терапию (50% - стрептокиназа 1,5 млн Ед, 50% - стрептокиназа 750 тыс Ед). Время реканализации инфарктсвязанной коронарной артерии (ИСКА) составило 5 (4,4; 6) ч. В последующем пациентам выполнено отсроченное стентирование ИСКА. Определяли размер ИМ методом подсчета индекса QRS. Выполняли ЭхоКГ (УЗ система VIVID 7) на 1-е, 3-и, 7-е и 21-е сутки ИМ. Оценивали конечный систолический объем (КСО), конечный диастолический объем (КДО), фракцию выброса (ФВ) ЛЖ. Содержание CD117+, CD133+, CD34+38-, CD90+34- клеток костного мозга в периферической крови определяли с помощью метода проточной цитофлоуметрии (Facscalibor). Заборы венозной крови в объеме 10 мл выполняли на 1-е, 3-и, 7-е и 21-е сутки ИМ. Результаты обработаны с помощью программы “STATISTICA”, ver. 6.0 (StatSoft Inc., США). Данные представлены в виде Me (25; 75).

Результаты. Выявлено увеличение количества CD133+ клеток на 7-е сутки ИМ при сравнении с 3-ми сутками: 629,3 (408,8; 638,2) vs 570,8 (387,3; 744,0). Содержание CD34+38- клеток повышалось на 21-е сутки ОИМ относительно 1-х и 3-х суток болезни; наблюдали увеличение количества CD90+34- клеток на 21-е сутки относительно 7-х суток заболевания.

Установлена взаимосвязь между количеством CD117+ клеток в периферической крови на 1-е и 7-е сутки ИМ и размером некроза миокарда (R=0,89, p=0,02; R=0,89, p=0,01 соответственно). При этом увеличение относительного количества CD 90+34- клеток на 21-е сутки ИМ ассоциировалось с меньшими размерами некроза миокарда (R= -0,73, p=0,02) и КСО на 21-е сутки (R= -0,82, p=0,03). Установлены корреляционные связи между ФВ ЛЖ на 21-е сутки ИМ и содержанием CD90+34- клеток на 21-е

сутки ИМ (R=0,75, p=0,05), а также числом CD133+ клеток на 7-е сутки ИМ (R= 0,66, p=0,08). Вместе с тем, не обнаружено динамики содержания CD117+ клеток в периферической крови после ОИМ.

Выводы: Таким образом, полученные данные позволяют предположить участие и возможное значение CD133+, CD34+38-, CD90+34- стволовых клеток костного мозга в компенсаторно-приспособительных и регенераторных реакциях после ИМ.

1035 ИЗУЧЕНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ, ИНТЕНСИВНОСТИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА И УРОВНЯ CD38-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ЛИМФОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АМБУЛАТОРНО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРИЁМА

Штегман О.А., Фандюхин С.А., Мосина В.А., Салмина А.Б., Штегман А.Г., Кузнецова М.В.
Красноярская государственная медицинская академия, Красноярск, Россия

Цель. Изучить эндотелиальную функцию, уровень окислительного стресса и уровня CD38-положительных лимфоцитов у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) амбулаторно-терапевтического приёма.

Методы исследования. Обследовано 27 больных с ХСН (из них 19 человек с ХСН I стадии – 1 группа и 8 человек с ХСН IIа и IIб стадиями – 2-я группа), явившихся на амбулаторный приём к терапевту и 8 здоровых людей аналогичного возраста (3-я группа). Всем обследованным проводилась проба с реактивной гиперемией на ультразвуковом аппарате Vivid 7 Pro по стандартной методике с оценкой диаметра брахиальной артерии до и после ишемии руки. Кроме того, всем обследованным проводилось определение экспрессии CD38 на лимфоцитах иммуногистохимическим методом и оценивался уровень малонового диальдегида по методике модифицированной С.Г. Конюховой по реакции с 2-тиобарбитуровой кислотой. Статистическая обработка проводилась с помощью программы Statistica 6,0. Оценка достоверности отличий средних величин проводилось с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни для несвязанных выборок. Оценка достоверности отличий относительных величин проводилась с помощью критерия Хи-квадрат. Корреляционный анализ проводился по методу Спирмена. Отличия между группами при P<0,05 признавались как достоверные.

Полученные результаты. Средний процент дилатации брахиальной артерии во время пробы с реактивной гиперемией составил 3,1±1,0%, 1,9±2% и 11,6±0,9% соответственно у пациентов 1-й, 2-й и 3-й группы. Отличия в сравнении с 3-й группой достоверны. Среднее содержание CD38-положительных лимфоцитов среди пациентов исследованных групп составило 12±1,5%, 15,6±1,0% и 1,1±0,3% соответственно у пациентов 1-й, 2-й и 3-й группы. Отличия между группами достоверны. Средний уровень малонового диальдегида в плазме крови больных по группам составил 0,43±0,04 мг/л, 0,46±0,07 мг/л и 0,39±0,05 мг/л (P>0,05). При проведении корреляционного получена достоверная положительная корреляция между выраженностью ХСН и уровнем CD38-положительных лимфоцитов (r=0,75) и отрицательная корреляция между выраженностью ХСН и состоянием эндотелиальной функции (r=- 0,61), а также между состоянием эндотелиальной функции и уровнем CD38-положительных лимфоцитов (r=- 0,41).

Выводы. У больных с ХСН амбулаторно-терапевтического приёма получена зависимость между уровнем CD38-положительных лимфоцитов и выраженностью нарушений эндотелиальной функции. При нарастании выраженности ХСН отмечается увеличение уровня CD38-положительных лимфоцитов и нарушений эндотелиальной функции, что, по-видимому, не связано с уровнем окислительного стресса.

1036 ПОЛИМОРФИЗМ E298D ГЕНА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ СИНТАЗЫ ОКСИДА АЗОТА КАК ФАКТОР РИСКА РЕСТЕНОЗА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ

Шувалова Ю.А., Мешков А.Н., Каминный А.И., Самко А.Н., Широков Р.О., Стамбольский Д.В., Кухарчук В.В.
ФГУ РКНПК, Москва, Россия

Цель: изучение связи генотипов четырех полиморфизмов генов трех антиоксидантных ферментов (гена каталазы, параоксоназы и эндотелиальной синтазы оксида азота) с развитием рестеноза после коронарного стентирования.

Материалы и методы: В исследование включались пациенты мужского пола с ИБС, имеющие стеноз одной или двух магистральных коронарных артерий выраженностью не менее 70%. Всем пациентам была выполнена ангиопластика со стентированием коронарных артерий с использованием непокрытых стентов и контрольная коронароангиография через 6 месяцев. Ангиографический рестеноз определялся как сужение артерии ≥ 50% в диаметре в месте стентирования. Если у одного пациента вмешательство проводилось на двух сегментах коронарных артерий, то в анализ включался сегмент с более неблагоприятной динамикой изменения просвета. У всех пациентов были определены генотипы полиморфизмов -262 C/T гена CAT, L55M и Q192R гена PON, E298D гена eNOS (Glu298Asp eNOS).

Основные результаты: Всего в исследование был включен 101 пациент, рестеноз выявлен у 44 пациентов (43,5%). В группе пациентов с рестенозом исходно процент стеноза и длина стента были достоверно выше, чем в группе без рестеноза (86,5% против 80,8%: p<0,005 и 18 мм против 13 мм: p<0,01, соответственно). По другим клинико-ангиографическим параметрам группы не имели статистически достоверных различий. Распределение генотипов всех четырех полиморфизмов подчинялось закону Харди-Вайнберга. Учитывая, что число гомозигот с минорным аллелем в полиморфизмах -262 C/T гена CAT, Q192R гена PON и E298D гена eNOS было незначительным, для статистических расчетов этих полиморфизмов пациенты-гомозиготы по минорному аллелю объединялись в одну группу с гетерозиготами. Носители минорного аллеля (D) полиморфизма E298D чаще встречались в группе пациентов с рестенозом (54,5% против 28%, p=0,008) по сравнению с группой без рестеноза, риск развития рестеноза у носителей D выше в 1,9 раза (95% ДИ: 1,18-3,19; p=0,008). Для полиморфизмов -262 C/T гена CAT, L55M и Q192R гена PON частота встречаемости носителей минорного аллеля не имела статистически достоверных различий в группах с рестенозом и без рестеноза (50% против 45%, p=0,16; 66% против 51%, p=0,16 и 32% против 48%, p=0,16, соответственно). Также нами проанализировано распределение гаплотипов полиморфизмов L55M и Q192R гена PON в группах пациентов с рестенозом и без рестеноза. Гаплотип LM/QQ полиморфизмов L55M и Q192R гена PON встречался практически в 2 раза чаще в группе рестеноза (41% против 21%, p = 0,044).

Заключение: Полиморфизм E298D гена eNOS ассоциирован с развитием рестеноза в стенте. Генотипирование по полиморфизму E298D гена eNOS и гаплотипам полиморфизмов L55M и Q192R гена PON может применяться для стратификации риска развития рестеноза после коронарного стентирования у российских пациентов.

Работа поддержана грантом РФФИ № 06-04-49691-а

1037 ЦИТОХИМИЯ ГЛИКОГЕНА НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ЛЕЙКОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Шугушев Х.Х., Аттаева М.Ж., Василенко В.М.
Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик, Россия

Цель: изучение содержания гликогена в нейтрофильных лейкоцитах у больных инфарктом миокарда.

Материал и методы: Под наблюдением находилось 29 больных инфарктом миокарда (15 мужчин и 14 женщин). Средний возраст пациентов составил 57±2,5 лет. Больные были обследованы в динамике трижды: 1-2 сутки инфаркта миокарда, 9-10 сутки лечения и 20-21 день пребывания в стационаре. Для изучения цитохимического исследования содержания гликогена в нейтрофильных лейкоцитах был использован метод А.Л. Шабадаша с применением реактива Шиффа; для количественной оценки показателей - способ Kaplow. За условную норму принято содержание гликогена 180±0,9, установленное при обследовании 52 практически здоровых человек (27 мужчин и 25 женщин).

Результаты: У всех больных инфарктом миокарда выявлено существенное повышение показателей уровня полисахарида в нейтрофильных лейкоцитах периферической крови. Причем степень повышения содержания гликогена коррелировала с давностью развития инфаркта миокарда. В остром периоде заболевания (1-2 сутки) цитохимические показатели у больных инфарктом миокарда были значительно выше, чем у здоровых: 246±1,9 усл.ед. (P<0,001). На фоне лечения (9-10 сутки лечения), параллельно положительной динамике общего состояния больных, происходило достоверное снижение уровня гликогена в сравнении с первыми сутками заболевания (232±1,4 усл.ед.). Однако к концу третьей недели пребывания больных в стационаре полной нормализации показателя интралейкоцитарного полисахарида в сравнении со здоровыми лицами не наступало: 220±2,0 усл.ед. (P<0,001).

Выводы: Проведенные цитохимические исследования внутриклеточного гликогена у больных инфарктом миокарда выявили существенное повышение содержания полисахарида в нейтрофильных лейкоцитах периферической крови, что может рассматриваться как положительная компенсаторная реакция, направленная на усиление снабжения энергетическими веществами лейкоцитов и тканей организма при острых сосудистых событиях. В процессе лечения содержание гликогена в лейкоцитах уменьшалось, что может свидетельствовать о положительной динамике патологического процесса и иметь диагностическое значение. Цитохимические сдвиги уровня гликогена, сохраняющиеся к третьей неделе лечения больных инфарктом миокарда, могут отражать отсутствие восстановления клеточного гомеостаза.

1038 ДИНАМИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЗА 3 ЛЕТНИЙ ПЕРИОД НАБЛЮДЕНИЯ

Шуленин К.С., Качнов В.А., Макаров В.Г., Останин К.С.
Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Изучить динамику расчётных показателей скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и содержания креатинина в сыворотке у больных артериальной гипертензией (АГ) в течение 3 лет наблюдения.

Методы. Первоначальное обследование прошли 56 пациентов с АГ в возрасте 46,3±6,9 лет, из которых было 40 мужчин и 16 женщин, а длительность АГ составила в среднем 10,8±6,5 лет. Выполнялись рутинные клинические и лабораторно-инструментальные исследования, функциональные почечные пробы и УЗИ почек. Вторичная природа АГ, а также первичная почечная патология были исключены у всех обследованных лиц. СКФ рассчитывали по формуле MDRD. Наличие микроальбуминурии не оценивалось. Повторное обследование проводилось спустя 1, 2 и 3 года. У всех пациентов целевые значения АД были достигнуты на фоне постоянной антигипертензивной терапии.

Результаты. Исходные значения креатинина сыворотки составили 78,6±15,7 мкмоль/л, а СКФ – 95,8±30,8 мл/мин/1,73 м2. В дальнейшем, уровень креатинина сыворотки у обследованных лиц существенно не различался и составил 81,1±8,3, 80,5±9,9 и 79,4±16,5 мкмоль/л соответственно за 1, 2 и 3 годы наблюдения. В тоже время, показатели СКФ имели устойчивую тенденцию к снижению и составили 91,5±13,2, 90,2±11,1 и 86,4±12,5 мл/мин/1,73 м^2.

Выводы. Таким образом, несмотря на достижение целевого уровня АД у больных АГ отмечается изменение функционального состояния почек, проявляющееся снижением показателей СКФ даже при нормальном уровне креатинина сыворотки. Это указывает на необходимость более раннего и широкого назначения антигипертензивных средств с доказанным нефропротективным действием.

1039 ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДНОГО УРОВНЯ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ЗА 3 ЛЕТНИЙ ПЕРИОД НАБЛЮДЕНИЯ

Шуленин К.С., Качнов В.А., Макаров В.Г., Останин К.С.
Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Изучить особенности структурно-функциональных изменений левого желудочка (ЛЖ) у больных артериальной гипертензией (АГ) с незначительным снижением расчётной скорости клубочковой фильтрации (СКФ) за 3 летний период наблюдения.

Методы. Первоначальное обследование прошли 56 пациентов с АГ в возрасте 46,3±6,9 лет, из которых было 40 мужчин и 16 женщин, а длительность АГ составила в среднем 10,8±6,5 лет. Выполнялись рутинные клинические и лабораторно-инструментальные исследования, функциональные почечные пробы и УЗИ почек. Вторичная природа АГ, а также первичная почечная патология были исключены у всех обследованных лиц. СКФ рассчитывали по формуле MDRD. Наличие микроальбуминурии не оценивалось. Средние значения креатинина сыворотки крови у всех обследованных лиц были в пределах нормы. По уровню СКФ пациенты были разделены на 2 группы: 29 человек имели незначительное снижение СКФ (от 89 до 60 мл/мин/1,73 м^2), а 27 человек - нормальную СКФ (свыше 90 мл/мин/1,73 м^2). Повторное обследование проводилось спустя 1, 2 и 3 года. У всех пациентов целевые значения АД были достигнуты на фоне постоянной антигипертензивной терапии.

Результаты. Изначально основные структурно-функциональные показатели ЛЖ в обеих группах существенно не различались. В последующем, у пациентов с незначительно сниженной СКФ отмечалось достоверное увеличение индекса массы миокарда ЛЖ и концентричности ЛЖ, что было наиболее выражено к исходу 3 года наблюдения. В то же время у больных АГ с исходно нормальной СКФ наблюдался значительно меньший прирост массы миокарда ЛЖ, не сопровождавшийся достоверным изменением его геометрии. Значения фракции выброса ЛЖ в обеих группах в течение всего времени наблюдения существенно не различались.

Выводы. Полученные данные подчёркивают наличие устойчивой взаимосвязи между структурно-функциональным состоянием почек и сердца, в частности ЛЖ у больных АГ. При этом исходное снижение показателя СКФ менее 90 мл/мин/1,73 м2 ассоциируется у этих пациентов с более ранним появлением и ускоренным прогрессированием гипертрофии ЛЖ, а также изменением его геометрии.

1040 ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ПЕРФУЗИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫМ СНИЖЕНИЕМ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ

Шуленин К.С., Качнов В.А., Макаров В.Г., Останин К.С.
Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Цель. По результатам ангиореносцинтиграфии с 99mTc-ДТПА изучить особенности перфузии почек у больных артериальной гипертензией (АГ) с незначительным снижением расчётной скорости клубочковой фильтрации (СКФ).

Методы. Обследовано 17 пациентов с АГ в возрасте 48,7±4,5 лет, из которых было 11 мужчин и 6 женщин, а длительность АГ составила в среднем 8,3±5,1 лет. Выполнялись рутинные клинические и лабораторно-инструментальные исследования, функциональные почечные пробы и УЗИ почек. Первичная почечная патология и вторичная природа АГ были исключены у всех обследованных лиц. СКФ рассчитывали по формуле MDRD. Средние значения креатинина сыворотки крови у всех обследованных лиц были в пределах нормы. Наличие микроальбуминурии не оценивалось. По уровню СКФ пациенты были разделены на 2 группы. В первую вошли 10 человек с нормальной СКФ (от 90 мл/мин/1,73 м^2 и выше). Вторую составили 7 человек с незначительным снижением СКФ (от 89 до 60 мл/мин/1,73 м^2). Перфузия почек изучалась по результатам ангиореносцинтиграфия с 99mTc-ДТПА, выполненной по стандартному протоколу. Антигипертензивная терапия отменялась не менее чем за 3 суток до обследования.

Результаты. Достоверных отличий изучаемых показателей для правой и левой почки в обеих группах не отмечалось. Время достижения максимальной амплитуды на ангиограмме (Tmax) в этих группах также существенно не различалось, но достоверно превышало нормальную величину отставания от Tmax с области аорты. Однако максимальная амплитуда ангиограммы (Amax) в группе больных АГ с незначительным снижением СКФ была достоверно меньше Amax пациентов с нормальной СКФ. Также в этой группе наблюдалось достоверное снижение амплитуды ангиограммы на 5 секунде и величин относительного индекса перфузии почек в сравнении с группой больных АГ без изменений СКФ.

Выводы. Полученные при проведении ангиореносцинтиграфии с 99mTc-ДТПА данные указывают на относительное ухудшение перфузии почек с уменьшением объёмных и скоростных показателей ангиограммы у больных АГ, имеющих незначительное снижение СКФ.

1041 РАННИЙ ПОСТИНФАРКТНЫЙ ПЕРИОД: ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ТЕЧЕНИЕ

Шумаков В.А., Малиновская И.Э., Терешкевич Л.П., Талаева Т.В., Братусь В.В.
Национальный научный центр “Институт кардиологии им. Н.Д.Стражеско” АМН Украины, Киев, Украина

Современные подходы к диагностике и лечению больных инфарктом миокарда улучшают прогноз в раннем постинфарктном периоде. Большое значение на его течение оказывает раннее назначение антитромбоцитарных препаратов, ингибиторов АПФ, статинов, которые наряду с бета-блокаторами даже при отсутствии ургентных вмешательств обеспечивают адекватную реакцию при расширении физической активности, как на стационарном, санаторном, так и амбулаторном этапе реабилитации. Целью исследования является оценка реабилитационных подходов в раннем постинфарктном периоде, включающих медикаментозную и физическую коррекцию, у лиц, перенесших ИМ. Были обследованы 46 больных, которым трижды - через 12-14 дней после развития инфаркта миокарда, через 3 и 6 месяцев проводили комплексное исследование с определением коронарного резерва, внутрисердечной гемодинамики, эндотелиальной функции и биохимических показателей, характеризовавших активность системного воспаления и оксидантного стресса, нарушения липидного и углеводного обмена, атерогенность плазмы. При оценке эндотелиальной функции рассчитывали показатель прироста диаметра плечевой артерии в ответ на реактивную гиперемию: изменения этого показателя расценивали как значимые при их динамике свыше 10% в сравнении с исходными данными. Все пациенты получали базисную терапию, включавшую препараты согласно Европейским рекомендациям; кроме этого 29 из них в дополнение к стандартной терапии назначали ингибитор АПФ периндоприл. В течение 6 месяцев лечения у большинства больных наблюдалось благоприятное течение заболевания, которое проявлялось улучшением переносимости физической нагрузки, позитивными изменениями гемодинамики, уменьшением эндотелиальной дисфункции. В основе этой динамики лежали биохимические процессы, свидетельствующие о стабилизации атеросклеротического процесса. К 6 мес уровень СРБ у больных основной группы снизился по сравнению с исходными данными с 11,14±1,28 до 4,39±1,00 мг/л (p<0,001). Отмечено уменьшение активности процессов перекисного окисления липидов, проявлявшееся в динамике уровня МДА в плазме крови с (3,81±0,13) 10-3 до (2,45±0,16).10-3 ммоль/л (p<0,01). Снижение оксидантного стресса в крови сопровождалось увеличением антиоксидантного потенциала ростом уровня каталазы с 5,53+0,15 до 6,95±0,12 мккат/л (p<0,01). Уменьшение интенсивности процессов перекисного окисления липидов и активности системного воспаления сопровождалось прогрессирующим и существенным уменьшением интенсивности проатерогенной модификации липопротеинов низкой плотности и липопротеинов очень низкой плотности. Так, содержание холестерина в мышиных макрофагах после инкубации с плазмой этих больных уменьшилось по сравнению с исходными данными с 324,1±11,1 до 187,37±5,42 мкг/мг белка (p<0,05). Содержание триглицеридов в мышиных макрофагах уменьшилось через 6 месяцев с 381,2±16,8 до 192,88±10,27 мкг/мг белка (p<0,05). Снижение активности системного воспаления, интенсивности процессов перекисного окисления липидов и проатерогенной модификации липопротеинов способствовали восстановлению эндотелиальной функции. К 6-му месяцу восстановление эндотелиальной функции произошло у 78,1% пациентов, только у 12,5% пациентов эндотелиальная дисфункция сохранялась на прежнем уровне и у 9,4% пациентов отмечено ее ухудшение.

1042 ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Шутов А.М., Серов В.А., Курзина Е.В., Шевченко С.В., Гердт А.М.,Серова Д.В.
Медицинский факультет Ульяновского государственного университета, Центральная городская клиническая больница, Ульяновск, Россия

Цель. Снижение функции почек прогностически неблагоприятно при хронической сердечной недостаточности (ХСН). Фибрилляция предсердий (ФП) является частой аритмией в клинической практике, особенно у больных с ХСН, при этом, возможное влияние снижения функции почек на возникновение ФП не изучено. Целью настоящего исследования явилось уточнение связи между снижением функции почек и ФП у больных с ХСН.

Материал и методы. Обследовано 340 больных с хронической сердечной недостаточностью (200 - мужчин, 140 – женщин, средний возраст - 58±13 лет). Причиной ХСН у 44 (13%) была артериальная гипертензия, у 112 (33%) - ИБС, у 184 (54%) – их сочетание. Первый функциональный класс ХСН имели 112 (33%), II – 177 (52%), III – 34 (10%), IV- 17 (5%) больных. Всем больным проведена эхокардиография в М-режиме импульсным датчиком 3,5 МГц в положении больного на левом боку. Систолическую функцию считали сохранной при ФВ больше 50%. Скорость клубочковой фильтрации рассчитывали по формуле MDRD. В зависимости от величины СКФ больных разделили на 2 группы: первую составили 114 больных у которых СКФ была <60 мл/мин/1,73м^2, вторую - 226 больных у которых СКФ была ≥60 мл/мин/1,73м^2. 30 больных имели пароксизмальную/персистирующую ФП и 27 – постоянную фибрилляцию предсердий.

Результаты. СКФ составляла 68,8±20,9 мл/мин/1,73м^2 (19,2-149,7 мл/мин/1,73м^2) и 114 (34%) больных имели СКФ<60 мл/мин/1,73м^2. Фракция выброса (ФВ) левого желудочка составила 56,9±10,5%. Систолическая дисфункция диагностирована у 90 (26%) больных. Наблюдалась обратная связь между СКФ и возрастом больных (r=-0,34; p<0,001), а также функциональным классом ХСН (r=-0,34; p<0,001). Больные со сниженной функцией почек имели больше диаметр левого предсердия, чем пациенты с сохранной функцией почек (СКФ <60 мл/мин/1,73м^2 – 42,2±5,8 мм против СКФ≥60 мл/мин/1,73м^2 – 40,1±5,4 мм, соответственно, p=0,001). СКФ была меньше у больных с ФП, чем без ФП (58,8±14,2 против 69,1±18,8 мл/мин/1,73м^2, соответ-

ственно, p<0,001.). не наблюдалось достоверной разницы в величине СКФ в группах больных с пароксизмальной/персистирующей и постоянной формами ФП (58,0±13,2 и 61,3±14,5 мл/мин/1,73м^2, p=0,6). Логистический регрессионный анализ показал, что хроническая болезнь почек (Относительный риск: 2,3; доверительный интервал: 95%; 1,2-4,3), функциональный класс ХСН (ОР:1,8; ДИ:95%; 1,0-3,1) были независимо ассоциированы со снижением функции почек.

Выводы. У больных с хронической сердечной недостаточностью фибрилляция предсердий ассоциирована со снижением функционального состояния почек, что, вероятно, объясняется влиянием на ремоделирование сердца факторов, связанных с хронической болезнью почек.

1043 ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ УДАРНОГО ОБЪЕМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА И НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Щекотов В.В., Бурдина Е.В., Антипова А.А.
ГОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава», Пермь, Россия

Цель исследования. Оценить показатели вариабельности ударного объема (УО) сердца у больных с хронической формой фибрилляции предсердий (ХФФП) ишемической и ревматической этиологии в зависимости от показателей ремоделирования сердца.

Материалы и методы. Объем наблюдений составил 50 пациентов с ХФФП, из них 30 - с ХФФП на фоне ишемической болезни сердца (ИБС) и 20 больных с ХФФП на фоне митрального порока сердца ревматического генеза. Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Все пациенты получали терапию ХСН в соответствии с национальными рекомендациями ВНОК, 2007г.

Комплексное обследование включало оценку клинических данных, регистрацию офисного артериального давления (АД), тест шестиминутной ходьбы для оценки функционального класса хронической сердечной недостаточности, допплер-эхокардиографию, полиреокардиографию с изучением гемодинамического статуса и показателей вариабельности УО сердца. Определяли вариационный размах УО (ВРУО, мл), и вариационный размах УО, приведенного к RR (ВРУО/RR, мл), вычисляли среднеквадратичное отклонение от среднего значения показателей (СКО-УО, мл/с; СКОУО/RR, (мл/с)2). Все рассчитанные параметры получены с точностью до двух знаков после запятой. Статистическая обработка материала проводилась с использованием программного обеспечения «Statistica 6.0».

Полученные результаты. Анализ показателей вариабельности УО сердца выявил достоверно более низкие показатели у больных с ХФФП ишемического генеза.

Анализ морфофункциональных характеристик с оценкой типов геометрии левого желудочка сердца в зависимости от нозологии выявил следующие различия. У больных ХФФП на фоне ИБС структура была представлена в основном концентрической гипертрофии миокарда ЛЖ, размеры площади митрального отверстия определялись в пределах нормы. В группе пациентов с ХФФП на фоне митрального порока ревматического генеза в структуре типов ремоделирования преобладала эксцентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ, определялись достоверно меньшая площадь митрального отверстия и большие размеры левого предсердия (ЛП) по сравнению с группой больных с ИБС.

Корреляционный анализ морфофункциональных особенностей сердца и вариабельности УО в обеих группах выявил существование достоверной обратной зависимости ВРУО от площади митрального отверстия, прямой зависимости от степени митральной регургитации, обратную связь СКОУО/RR и размеров ЛП.

Выводы. Характер изменений вариабельности УО сердца у больных с ХФФП зависит от морфофункциональных особенностей сердца, обусловленных основным заболеванием. При уменьшении размеров ЛП и площади митрального отверстия вариабельность УО возрастает, в то время как выраженная митральная регургитация ассоциируется со снижением вариабельности УО.

1044 СВЯЗЬ СОДЕРЖАНИЯ ОКИСЛЕННЫХ ЛИПОПРОТЕИНОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ С СОСТОЯНИЕМ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Щукин Ю.В., Дьячков В.А., Медведева Е.А., Данилова Е.А.
ГОУ ВПО СамГМУ Росздрава, Самара, Россия

Цель: Установить корреляционные связи уровня плазменных окисленных липопротеинов низкой плотности (окЛПНП) с показателями систолической функции левого желудочка (ЛЖ) у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы: В исследование включено 56 пациентов, перенесших инфаркт миокарда (средний возраст 66,5±1,9 лет) и имеющих клинические признаки ХСН II–IV ФК (NYHA). Статус систолической функции ЛЖ устанавливали по следующим показателям: фракция выброса (ФВ) ЛЖ, конечно-систолический стресс (КСС) и отношение ФВ/КСС. Для верификации тяжести течения и систолической функции при ХСН в плазме определяли уровень NT-proBNP. Содержание в плазме окЛПНП и маркера окислительного стресса протеин-связанного 3-нитротирозина (3-НТ) исследовали иммуноферментным методом. В сыворотке крови определяли показатели липидного профиля: общий холестерин (ХС), ХС ЛПНП, ХС липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) и триглицериды (ТГ). Больные были распределены на две группы: пациенты 1-й группы (29 человек) имели ФВ ЛЖ>40%, у больных 2-й группы (28 человек) ФВ ЛЖ составляла<40%. В качестве контрольной группы (КГ) обследовали 26 человек без признаков ИБС, атеросклероза и ХСН.

Результаты: У лиц КГ ФВ ЛЖ, КСС и ФВ/КСС составили соответственно 64±2,8%, 104,5±7,9 дин/см2 и 0,625±0,05 у.е. У больных 1-й группы уровень КСС по сравнению с данными КГ увеличился на 30% (p<0,05), а ФВ ЛЖ и соотношение ФВ/КСС снизились соответственно на 22% (p<0,05) и 44% (p<0,01). У пациентов 2-й группы КСС возрос на 121% (p<0,01), а значения ФВ ЛЖ и ФВ/КСС уменьшились на 50% (p<0,01) и 77% (p<0,001) соответственно. Уровень NT-proBNP достоверно коррелировал с показателями систолической дисфункции у больных ХСН. Содержание окЛПНП и 3-НТ у обследуемых лиц КГ составило 13,2±1,1 ед/мл и 1,5±0,10 нмоль/л. У пациентов 1-й группы содержание окЛПНП и 3-НТ оказалось достоверно более высоким по сравнению с КГ соответственно на 34% (p<0,05) и 46% (p<0,05). У больных 2-й группы более тяжелое течение ХСН было сопряжено со значительным повышением данных показателей на 109% (p<0,01) и 180% (p<0,001) соответственно. В ходе парного корреляционного анализа были установлены слабые прямые связи окЛПНП с содержанием общего ХС, ХС ЛПНП и ТГ. И, наоборот, у больных ХСН сильная обратная связь определялась между содержанием окЛПНП и ФВ ЛЖ (r1=0,50, p=0,028; r2=0,61, p=0,021). Также сильная, но прямая связь установлена между концентрацией окЛПНП и КСС (r1=0,55, p=0,025; r2=0,62, p=0,017). Самая высокая обратная связь у пациентов ХСН выявлялась между окЛПНП и соотношением ФВ/КСС (r1=0,63, p=0,019; r2=0,75, p=0,012).

Выводы: Повышенное содержание окЛПНП в плазме крови больных ХСН не определяется количественными изменениями ее липидного профиля, а находится в прямой зависимости от тяжести течения ХСН и достоверно коррелирует с выраженностью систолической дисфункции миокарда ЛЖ, особенно с показателем ФВ/КСС.

1045 ВЛИЯНИЕ ДИГОКСИНА НА КИНЕТИКУ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Щукин Ю.В., Германов А.В., Рубаненко А.О., Терёшина О.В, Борзенкова Г.А.
ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава», Самара, Россия

Цель. Оценить влияние дигоксина на кинетику и кровоток в магистральных артериях в остром фармакологическом тесте.

Методы. Были обследованы больные с синдромом хронической сердечной недостаточности II–III функциональных классов. Всем больным проводилась регистрация сфигмограмм сонной, локтевой, лучевой, бедренной артерий, а также задней артерии голени и артерии свода стопы и АКГ. При анализе сфигмограмм упрощенно выделялись два периода функционирования магистральных артерий: период преобладания притока над оттоком и период ответной реакции сосуда на приход в него ударного объёма, т.е. период преобладания оттока над притоком. В эти два периода определялись основные параметры кинетики сосудистой стенки: скорость, ускорение, мощность, а также работа за выделенный период. Всем больным проводилась регистрация допплерограмм общей сонной артерии, лучевой артерии и артерии свода стопы. на цифровой ультразвуковой системе экспертного класса Logiq 7. Для анализа кровотока определялись следующие показатели: пиковая скорость прямого кровотока, объём потока крови. Исследования осуществлялись до и через 60 минут после внутривенного струйного введения дигоксина в дозе 0,025% в количестве 1 мл.

Результаты. В ходе проведенного исследования наблюдался рост параметров кинетики как магистральных артерий эласто – мышечного типов (сонная артерия), так и артерий мышечного типов (лучевая, локтевая, бедренная артерии, артерия свода стопы). В частности скорость перемещения стенки сонной артерии после пробы выросла в среднем на 12,8% в период притока и на 16% в период оттока. Скорость перемещения стенки артерии свода стопы увеличилась на 10,6% в период притока и на 15% в период оттока. В ходе анализов допплерограмм был выявлен рост максимальной систолической скорости и объёма потока на сонной, лучевой артериях и артерии свода стопы. Максимальная систолическая скорость в сонной артерии выросла после пробы в среднем на 9%, объём потока крови в данной артерии в среднем на 5%. Максимальная систолическая скорость в артерии свода стопы выросла в среднем на 17%, объём потока в данной артерии в среднем на 19%.

Выводы. Кроме известных эффектов дигоксина на миокард было отмечено усиление работы магистральных артерий в период преобладания оттока над притоком. В результате вся система «сердце – магистральные артерии» под воздействием дигоксина совершает большую работу, направленную на создание кровотока, адекватного потребностям тканей. Тем самым уменьшаются проявления хронической сердечно-сосудистой, а точнее, сердечно-артериальной недостаточности. Учитывая, что ветви аорты имеют большую массу и более выраженный мышечный слой, чем ветви легочного ствола, воздействие дигоксина, увеличивая пропульсивную активность артерий, может препятствовать росту давления в малом круге. Это может обосновать применение дигоксина в качестве препарата выбора также для лечения острой левожелудочковой недостаточности с учетом причин синдрома.

1046 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СТУДЕНЧЕСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Эльгарова Л.В.
Кабардино-Балкарский госуниверситет, Нальчик, Россия

Цель. Изучить распространенность артериальной гипертензии (АГ) и других факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в студенческой популяции.

Методы исследования. Клинико-эпидемиологическими методами обследовано 970 студентов двух ВУЗов Кабардино-Балкарии – госуниверситета (508, из них 82,5% - городские жители) и сельскохозяйственной академии (462, из них 88,3% - сельские жители).

Полученные результаты. В целом, АГ выявлена у 5,1% обследованных, чаще у городских студентов, чем у их сельских сверстников (6,5 против 3,4%, $p<0,05$). Различия в частоте АГ были особенно выражены среди юношей (16,0 и 4,4% соответственно, $p<0,001$). Распространенность высокого нормального АД в обоих ВУЗах и АГ в госуниверситете были достоверно выше в мужской выборке по сравнению с женской. Обращает на себя внимание низкая осведомленность студентов: о наличии АГ знали лишь 25,3%, у большинства из них (79%) АД стало повышаться в течение последнего года. Гипотензивная терапия не осуществлялась ни в одном из случаев. У 40,7% студентов выявлена отягощенная наследственность по ССЗ. Студенты университета, независимо от половой принадлежности, оказались значимо выше своих сверстников из академии ($p<0,001$). Большая часть обследованных (74,3-80,6%) имела нормальную массу тела (МТ), избыточная МТ зафиксирована у 11,1 % обследованных. Обращает на себя внимание значительный процент лиц с дефицитом МТ среди девушек и более высокая частота избыточной МТ среди юношей. И это несмотря на то, что юноши, по сравнению с девушками, более физически активны: в большей степени вовлечены в спортивные секции и гораздо больше свободного времени посвящают регулярным занятиям спортом. Сравнительный анализ с учетом места жительства выявил более высокую физическую активность сельских юношей по сравнению с городскими ($p<0,001$). Продолжительность сна у молодых людей, обучающихся в университете была достоверно ($p<0,001$) меньше, чем у студентов сельскохозяйственной академии, что, скорее всего, обусловлено большей учебной нагрузкой в университете. В целом, распространенность низкой физической активности составила 72,7%, достоверно чаще встречаясь у городских студентов (80,9 %) по сравнению с сельскими сверстниками (63,9%, $p<0,001$). Дислипидемия выявлена у 15,9% обследованных, существенные различия установлены в частоте гиперхолестеринемии (ГХС): 17,1 у юношей против 2,7% у девушек ($p<0,01$). Обнаружена значимая разница как в распространенности (57,1% юношей и 12,3% девушек), так и в интенсивности (16,5 и 1 сигарета в сутки соответственно) табакокурения. Практически каждый второй студент, независимо от пола, употреблял алкогольные напитки. У большинства опрошенных (54%) выявлен высокий уровень как личностной, так и ситуационной тревожности.

Выводы. Обследованная выборка студентов характеризуется достаточно высокой распространенностью АГ и других ФР ССЗ. Наиболее неблагополучны в отношении развития ССЗ оказались городские юноши, у которых достоверно чаще диагностировалась АГ, низкая физическая активность, ГХС и курение.

1047 К ВОПРОСУ О РОЛИ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ В ФОРМИРОВАНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Юбицкая Н.С., Веремчук Л.В., Антонюк М.В.
НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения – ВФ ГУ ДНЦ ФПД СО РАМН, Владивосток, Россия

Цель – изучить взаимосвязь провоспалительного цитокина - фактора некроза опухолей – α (ФНО-α) с показателями углеводного, липидного обменов, процессов липопероксидации при формировании метаболического синдрома (МС).

Методы исследования. Обследовано 62 человека (25 мужчин, 37 женщины). Для диагностики МС использовались критерии разработанные Комитетом экспертов Всероссийского общества кардиологов: абдоминальное ожирение, атерогенная дислипидемия, артериальная гипертония, инсулинорезистентность. Обследование включало опрос по разработанной анкете, оценку данных субъективного и объективного статуса, измерение уровня артериального давления, росто-весовых показателей с расчетом индекса Кетле (ИК). В сыворотке крови определяли содержание триглицеридов, холестерина липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП), общего холестерина, аполипопротеинов А1 (апоА1) и В, мочевой кислоты, глюкозы и инсулина натощак. Рассчитывались показатели холестерина липопротеидов низкой (ХСЛПНП) и очень низкой плотности. Инсулинорезистентность оценивалась по критерию HOMA: индекс HOMA> 2,7 считался повышенным. Уровень ФНО-α в сыворотке крови измеряли методом иммуноферментного анализа (спектрофотометр MQ 200R Power Wave XS, Biotech, США, тест-системы фирмы «BD Biosciences», США). Уровень липопероксидации оценивали по

величине конечного продукта перекисного окисления липидов (ПОЛ) - малонового альдегида (МДА) в эритроцитах крови. Для характеристики системы антиоксидантной защиты измеряли содержание восстановленного глютатиона (ГТ) в цельной гепаринизированной крови, активность глютатионпероксидазы (ГП) и глютатионредуктазы (ГР), определяли интегральный показатель антиоксидантной активности (АОА) в плазме крови.

Для установления различия показателей в группах использовались методы оценки достоверности (критерий Стьюдента). Для установления факторных приоритетов применялся программный пакет «NeuroShell 2TM».

Результаты. Сформированы 3 группы наблюдения, которые достоверно не различались по полу и возрасту. Рандомизация пациентов проводилась по клинико-лабораторным критериям метаболического синдрома. Первую группу (контрольную) составили 24 человека, не имеющих компонентов МС, во вторую группу включены 14 пациентов, имеющих 1-2 компонента МС, в третью группу вошли 24 человека с тремя и более компонентами МС.

Уровень ФНО-α у пациентов 1-ой группы варьировал в диапазоне 4,58-6,88 пг/мл и в среднем составил 6,0±0,1 пг/мл; во 2-ой группе – 4,76-14,33 пг/мл, в среднем 6,8±0,7 пг/мл; в 3-ей группе – 4,4-8,5 пг/мг, в среднем 6,2±0,3 пг/мг. Диапазон разброса этого показателя в группах наблюдения превышал значения группы контроля.

Для установления факторных приоритетов с учетом полученных клинико- лабораторных данных, характеризующих состояние углеводного, липидного обменов, процессов липопероксидации, использован метод нейросетей с 31 входящей переменной. С помощью нейросетей создана прогнозная модель, которая выявила зависимость повышения уровня ФНО-α в большей степени от изменений показателей липидного метаболизма в сравнении с другими определяемыми параметрами в разных группах, независимо от количества компонентов МС. Анализ «относительных показателей важности» с использованием нейросетей позволил выявить, что наиболее значимыми параметрами для увеличения концентрации ФНО-α в крови в 1-ой контрольной группе явились показатели липидного гомеостаза: ХСЛПНП и апоА1. Во 2-ой группе, в число наиболее важных показателей для уровня ФНО-α вошли также показатели липидного обмена (апоА1, ХСЛПНП, ХСЛПВП) и индекс массы тела; в 3-ей группе лиц с тремя и более компонентами МС – уровни ХСЛПНП и ИК, а также параметров ПОЛ и антиоксидантной защиты (уровни АОА, ГТ, ГП и ГР).

Выводы. Созданная с помощью нейросетей прогнозная модель показала высокую взаимосвязь уровня ФНО-α с изменениями липидного гомеостаза в разных группах, независимо от количества компонентов МС. Таким образом, уровень ФНО-α является ранним маркером воспалительной реакции у лиц с доклиническими проявлениями сердечно-сосудистых заболеваний.

1048 ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ТОРАКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ

Юдаева Ю.А., Иванов, К.М., Самойлов П.В., Самойлова Т.А.
ОрГМА, НУЗ «ОКБ на ст. Оренбург ОАО «РЖД», областной онкологический диспансер, Оренбург, Россия

Цель. Определить предикторы риска развития сердечно-сосудистых осложнений у больных, перенесших полостные торакальные операции.

Материал и методы. Обследованы 64 пациента (58 мужчин, 6 женщин), перенесших плановые полостные торакальные операции, из которых 20 умерли в раннем послеоперационном периоде. Больные достоверно не отличались по возрасту и исходной терапевтической патологии. Анализировались возможные предикторы риска развития сердечно-сосудистых осложнений в раннем послеоперационном периоде: исходный терапевтический статус, объем и продолжительность операции, метод анестезии, лабораторные, функциональные, гемодинамические, электрокардиографические показатели и их динамические изменения. Статистическая обработка материала проведена непараметрическими методами (критерий знаков, критерий Вилкоксона-Манна-Уитни).

Результаты. В группе умерших больных в предоперационном периоде было отмечено достоверное ($p<0,05$) увеличение ЧСС на 10,4% и снижение уровня гемоглобина на 14,6%, среднее значение продолжительности операции умерших больных было на 19,6% (3,7±0,5 ч) больше, чем в контрольной. Гемодинамический мониторинг во время операции не выявил достоверных отклонений в динамике показателей, хотя у погибших больных отмечалась нестабильность гемодинамики с развитием тахикардии на этапе торакотомии. По сравнению с исходными показателями, в раннем послеоперационном периоде в группе умерших пациентов было выявлено достоверное ($p<0,05$) нарастание анемии со снижением гемоглобина до 72,9±6,1 г/л, нестабильность гемодинамики с увеличением ЧСС до 98,1±4,0 уд. в минуту и эпизодов нарушений сердечного ритма. На 2-5 день после операции у умерших больных были зарегистрированы в 12% случаев наджелудочковая экстрасистолия, в 20% - желудочковая экстрасистолия, в 43% - пароксизмы фибрилляции предсердий. В 10% случаев развился инфаркт миокарда.

Выводы. Предикторами риска развития сердечно-сосудистых осложнений в раннем послеоперационном периоде при проведении торакальных операций являются: ИБС, застойная сердечная недостаточность, нестабильность гемодинамики, нарушения сердечного ритма, анемия, продолжительность операции. В большинстве случаев они могут быть модифицированы, что требует превентивной терапии в предоперационном периоде.

1049 ПРЕДИКТОРЫ ОСТРЫХ ПРЕДИНСУЛЬТНЫХ СОСТОЯНИЙ У МУЖЧИН 50-59 ЛЕТ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА: ПУЛЬСОВАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Юлдашев С.С.
Клинический санаторий «Кибрай» Медико-Санитарного Объединения при Министерстве Здравоохранения Республики Узбекистан, Ташкент, Узбекистан

Цель – оценка диагностической значимости пульсовой диагностики (ПД) при гипертоническом кризе у мужчин с гипертонией 2 стадии со средним и высоким риском развития церебральных сосудистых осложнений.

Методы исследования. Проведено лечение 54 мужчин с гипертонией 2 стадии, осложненной гипертоническим кризом, индексом Кетле 18,7-24,9. Пульс определяли по восточной методике на участке лучевой артерии цунь-коу в 12 позициях в точках цунь, гуань, чи. Проводили ЭКГ, рео- и электроэнцефалографию, эхокардиографию, компьютерную томографию, биохимические исследования. Оценка пульса осуществлялась с учетом его соответствия полу, возрасту, сезонности, времени суток. Пальпаторно исследованы ритм, частота сердечных сокращений, наполнение, напряжение, глубина, длина, твердость, ширина, гладкость пульса.

За гипертонию принимали значения систолического/диастолического артериального давления, равные и выше 140/90 мм рт.ст. Средний риск был у 24 (1 группа), высокий у 30 (2 группа) больных (классификация ВОЗ/МОАГ).

Результаты. Здоровые мужчины имели сбалансированный пульс. У больных еще до развития острых прединсультных состояний (ОПС) выявлялся энергетический дисбаланс и связанные с этим изменения характеристик пульса, а выраженность клинических проявлений болезни коррелировала с показателями пульса, отличаясь от пульса сопоставимой группы здоровых. Более выраженные изменения пульса были во 2-й, чем в 1-й группе. Стрессы и метеорискфакторы (значительные изменения барометрического давления, температуры окружающей среды, влажности, магнитные бури) усиливали пульсовой дисбаланс, сопровождаясь развитием ОПС. Корректная акупунктура, адекватное антигипертензивное и нейропротективное лечение обеих групп больных улучшало показатели пульса с благоприятным клиническим течением болезни и регрессом ОПС.

Выводы. ПД у мужчин с гипертонией является предиктором ОПС, необходима для раннего выявления патологии, оптимизации и контроля терапии. Базированная на ПД акупунктура и комплексное лечение положительно влияли на характеристики пульса, течение и регресс гипертонического криза, препятствуя дальнейшему переходу ОПС в инсульт. ПД может быть использована для оценки прогноза гипертонических кризов.

1050 НЕФРОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Юсупова В.А.
Рязанский областной кардиологический клинический диспансер, МУЗ «Шацкая ЦРБ», Рязань, Россия

Основная цель: Изучить влияние комбинированной антигипертензивной терапии течение 16 недель лечения, у пациентов с гипертонической болезнью (Г.б.), с сопутствующим СД 2 типа, на изменение основных показателей функции почек.

Материалы и методы: Всего в исследование вошло 104 пациента, которые были разделены на 4 группы:1 гр.- пациенты с Г.б. 1-2 степени без МАУ, 2 гр. – пациенты с Г.б. 1-2 степени с МАУ, 3 гр.- пациенты с Г.б. 1-2 степени с сахарным диабетом 2 типа без МАУ, 4 гр.- пациенты с Г.б. 1-2 степени с сахарным диабетом 2 типа с МАУ. Во всех группах соотношение между женщинами и мужчинами составило 50%. Возраст пациентов составлял от 38 до 62 лет. Все пациенты применяли в течение 16 недель комбинированную гипотензивную терапию в виде индапамида в дозе 2,5 мг/сут и иАПФ (эналаприл 10 мг 2 раза в день или диротона в дозе до 10 мг/сут, фирмы Гедеон Рихтер) доза которого титровалась до достижения целевого значения АД (целевой уровень АД у больных с СД определялся как ≥130/80 мм рт.ст, у больных с АГ без СД, как ≥140/90 мм рт.ст.). Изучение влияния данной комбинации иАПФ с тиазидоподобным диуретиком на функциональное состояние почек, проводилось с использованием клинического метода (сбор жалоб, анамнеза), физикального метода обследования, определения МАУ (с использованием тест-полоски «Micral Test» производство фирмы «Boechringer Mannghaim», Австрия); скорости клубочковой фильтрации (по формулам Cocroft-Gold), ФПР (функционального почечного резерва) с применением пробы с острой пероральной белковой нагрузки. Для обработки всех полученных данных применялся математико-статический метод.

Результаты: все пациенты завершили исследование. Данная комбинированная гипотензивная терапия продемонстрировала отличную переносимость, благоприятное влияние на основные метаболические показатели, эффективность в достижении целевого значения АД. У пациентов всех четырех групп исследования были достигнуты целевые значения АД. ФПР при использовании данной комбинированной гипотензивной терапии у всех исследуемых имел тенденцию к увеличению, в первой группе ФПР увеличился с 17,4±13,1% (m=2,6) до 28,3±11,6% (m=2,3), во второй группе с 5,85±5,6% (m=1,1) до 12,4±11,5% (m=2,2), в третьей группе с 8,7±5,9% (m=1,1) до 11,5±5,5% (m=1,1), в четвертой группе с 4,1±2,3% (m=0,4) до 8,8±2,5% (m=0,4). Количество пациентов с МАУ во второй и четвертой группе уменьшилось на 65%. Скорость клубочковой фильтрации у пациентов со значениями ниже нормы - увеличилась, а у пациентов с гиперфильтрацией снизилась до нормальных показателей.

Выводы: Комбинация иАПФ с тиазидоподобным диуретиком в течение 16 недель лечения, у пациентов с гипертонической болезнью с сопутствующим СД 2 типа и без него, охарактеризовала себя эффективной и безопасной (т.к. у всех пациентов были достигнуты целевые показатели АД; и ни у кого не было отмечено побочных и нежелательных эффектов).

При оценке ФПР у всех больных с помощью острой пероральной белковой нагрузки, принимающих участие в программе, наблюдалось увеличение ФПР (что является косвенным показателем снижения внутриклубочковой гипертензии и увеличения числа резервных гломерул).

Данная антигипертензивная комбинация может быть рекомендована у соответствующих больных с целью нефропротекции.

1051 ХАРАКТЕРИСТИКА ВИТАМИННОГО СТАТУСА И ОСОБЕННОСТЕЙ ПИТАНИЯ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Юсупова Е.Ю., Молокова М.С., Белокрылова Л.В., Медведева И.В.
Государственное Образовательное Учреждение Высшего Профессионального Обучения «Тюменская Государственная Медицинская Академия Федерального Агентства по Здравоохранению и социальному развитию» (ГОУ ВПО Тюм.ГМА РосЗдрава) Кафедра госпитальной терапии, Тюмень, Россия

Цель исследования: Изучение пищевого статуса и особенностей витаминного обмена у пациенток с метаболическим синдромом.

Методы исследования: Объектом исследования были 100 пациенток с метаболическим синдромом (сочетание абдоминального ожирения (ИМТ более 30 кг/м^2, индекс объем талии/ объем бедер более 0,9), гипертриглицеридемии (более 1,7 ммоль/л), гиперхолестеринемии (более 5 ммоль/л), гипертонии (артериальное давление более 140/90 мм рт.ст), гипергликемии или нарушения толерантности к углеводам). Средний возраст обследованных пациенток составил 57,3±9,4 года. В группу контроля входили здоровые женщины (средний возраст 40,7±7,5 лет).

Изучение пищевого статуса (калорийность питания, потребление основных макро и микро нутриентов) и потребления витаминов – антиоксидантов осуществлялось при помощи методики изучения фактического питания частотным методом. Проводилась лабораторная оценка содержания витаминов А, Е, С в сыворотке крови и витамина В1 в моче методом флюориметрии. Статистическая обработка выполнялась при помощи набора статистических программ «STATISTICA».

Результаты: При оценке пищевого статуса пациенток с метаболическим синдромом было установлено избыточное потребление насыщенных жиров (115,39±11,2 гр/день) и холестерина (0,55±0,09 мг/день) на фоне избыточной калорийности питания 2416±152,66 ккал/день. При этом наблюдался дефицит потребления витамина Е, важнейшего витамина –антиоксиданта (6,16±0,7 мг/день, при норме 10-15 мг/день), витамина В1 (0,7±0,09 мг/день при норме 1.1-2.4мг/день). У пациенток с метаболическим синдромом в сравнении со здоровыми было установлено достоверно более низкое содержание в крови витамина С (0,75± 0,3 мг%), по сравнению с контрольной группой (1,21±0,4 мг%, p=0,002). Достоверных отличий по содержанию витаминов А, Е в сыворотке крови и витамина В1 в моче по сравнению со здоровыми получено не было.

Выводы: При анализе пищевого статуса пациенток с метаболическим синдромом установлен дисбаланс питания в сторону избыточной калорийности, избыточного потребления насыщенных жиров и холестерина, на фоне дефицита потребления витаминов Е и В1. Параллельно наблюдалось достоверное снижение витамина С в сыворотке крови по сравнению со здоровыми женщинами. Указанные изменения пищевого статуса свидетельствуют об атерогенности рациона питания и несбалансированности его по витаминному составу, что соответственно требует диетической коррекции рационов питания, а в ряде случаев и назначения медикаментозных препаратов.

1052 ПОЛИМОРФИЗМ НЕКОТОРЫХ ГЕНОВ, КОНТРОЛИРУЮЩИХ ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ, И ДИСРЕГУЛЯЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ СЕРДЦА

Ягода А. В., Жданов Ю. С.
ГОУ ВПО Ставропольская государственная медицинская академия Росздрава, Ставрополь, Россия

Цель: Изучить распределение полиморфных маркеров генов ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) и эндотелина-1 (ЭТ-1) у пациентов с малыми аномалиями сердца (МАС), установить их связь с особенностями реакции АД на физическую нагрузку.

Методы. Обследовано 50 пациентов, жителей Ставропольского края (44 мужчины, 6 женщин) в возрасте от 16 до 26 лет с эхокардиографически верифицированными МАС (пролапсом митрального клапана I-II степени в сочетании с аномально расположенными хордами) и нормальным уровнем АД. Определение полиморфизмов I/D гена АПФ и Lys198Asn гена эндотелина-1 проводили методом полимеразной цепной реакции. Давление измеряли в покое, на первой, третьей и пятой минутах после одномоментной функциональной пробы – 20 приседаний за 30 секунд. В зависимости от уровня АД после нагрузки выделяли нормотоническую и атипическую реакции. Определяли частоту встречаемости генов. Уровень значимости рассчитывали с помощью критериев Манна-Уитни, Крускала-Уоллеса.

Результаты. Генотипы гена эндотелина-1 у пациентов с МАС распределились следующим образом: Lys/Lys – 42%, Asn/Asn – 10%, Lys/Asn – 48%. Генотип II гена АПФ определен у 26%, DD у 30% больных, вариант ID выявлен в 44% случаев МАС. Нормотонический тип реакции на нагрузку был зарегистрирован у 62% пациентов. Среди них носителей генотипа Lys/Lys было 67,7%, Lys/Asn – 32,3%, генотип Asn/Asn в этой группе не встречался. У лиц с генотипом I/I и I/D нормотонический тип реакции выявлен в 54,2% и 45,8% случаев соответственно, генотип D/D не определялся. В группе больных МАС, ответивших на нагрузочную пробу по гипертоническому типу, частота встречаемости генотипа Asn/Asn составила 26,3%, Lys/Asn – 73,7%, I/D – 42,3%, D/D – 57,7%. У гиперреакторов выявлено достоверное увеличение частоты встречаемости аллеля Asn и аллеля D по сравнению с аллелями Lys и I. Кроме того, у пациентов с МАС – носителей генотипа Asn/Asn и D/D наблюдалось увеличение времени восстановления уровня АД после физической нагрузки.

Заключение. Можно предположить, что носители аллелей D и Asn генов АПФ и ЭТ-1, возможно, ассоциированы с более высокой концентрацией эндотелиальных пептидов (включая локально продуцируемые), стимулирующих вазоконстрикцию и пролиферацию медии. Генотипы Lys/Lys и I/I (аллели Lys и I) вероятно, связаны с отсутствием дисфункции эндотелия.

1053 ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ ДО И ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Яковлева А.И., Тарабукина Л.В., Миронова Г.Е.
ГУ «ЯНЦ СО РАМН», Якутск, Республика Саха (Якутия)

По данным медицинской статистики уровень заболеваемости сердечно-сосудистой системы в Республике Саха (Якутия) в 1997 году составил 90,7 на 1000 взрослого населения, а в 2006 году – 102,7 на 1000 взрослого населения. Летальные исходы и осложнения от заболеваний сердечно-сосудистой системы среди трудоспособной части мужского населения Якутии принимают все более «молодой» характер.

Целью данной работы явилось – изучение интенсивности перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной системы организма у больных с диагнозом постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) до и после реваскуляризации.

В исследование были включены 57 мужчин в возрасте от 35 до 60 лет, перенесшие инфаркт миокарда различной локализации, давностью от 1 года до 5 лет. Больные были разделены на 2 группы: I группу составили пациенты с ПИКС без реваскуляризации миокарда (n=40). II группа – пациенты, перенесшие аортокоронарное шунтирование, маммарокоронарное шунтирование, стентирование по поводу критических стенозов и окклюзий 1-3 коронарных сосудов (n=17). Давность реваскуляризации составила 6 месяцев. Контрольную группу составили 25 мужчин без патологии сердечно-сосудистой системы, в возрасте от 30 до 50 лет, работающие на предприятиях г. Якутска.

Согласно полученным нами данным, у больных с ПИКС как до, так и после реваскуляризации, отмечалось значительное усиление ПОЛ. Свидетельством этого является повышенный уровень диеновых конъюгатов (ДК) и малонового альдегида (МДА) в сыворотке крови больных, по сравнению с таковыми в контрольной группе: уровень ДК до реваскуляризации был в 2,3 выше, а МДА в 3,3 раза выше, чем у здоровых. После реваскуляризации интенсивность ПОЛ значительно снижалась, что выражалось в уменьшении концентрации ДК в 2 раза, а МДА в 1,3 раза, по сравнению с I группой больных, при этом оставаясь соответственно в 2,3 и 2,5 раза выше, чем в контрольной группе.

Активность антиоксидантных ферментов и уровень низкомолекулярных антиоксидантов у обследованных нами больных также зависела от реваскуляризации. Так, активность СОД в I группе больных была в 3,3 раза, а во II группе в 2,5 раза выше, чем в контрольной группе. Вместе с тем во II группе отмечалось снижение активности СОД (в 1,4 раза) по сравнению с I группой больных. Активность каталазы в I группе больных была в 1,5 раза ниже, чем в контрольной группе. При этом у больных с ПИКС после реваскуляризации наблюдалось повышение активности каталазы в 1,2 раза, по сравнению с больными до реваскуляризации. Концентрация НМАО до реваскуляризации была на 20% выше, чем у здоровых мужчин. После реваскуляризации концентрация НМАО практически не отличалась от контрольных значений.

Таким образом, увеличение активности ферментов антиоксидантной защиты и ускорение процессов ПОЛ, констатированное у больных с ПИКС отражает тот факт, что формирование кардиосклероза сопровождается повышением генерации активных форм кислорода, а реваскуляризация сопровождается снижением интенсивности свободнорадикальных процессов.

1054 ОЦЕНКА АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКИ НАЗНАЧЕНИЯ иАПФ И β-БЛОКАТОРОВ БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Яковлева Е.В., Александрова Н.Л., Сергеева В.А., Недолуга М.В.
ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, ГМУ «Саратовская областная клиническая больница», Саратов, Россия

Цель исследования: оценка соответствия российским рекомендациям амбулаторной практики назначения иАПФ и β-блокаторов больным хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Методы исследования. Проведено анкетирование 180 больных, поступивших в кардиологическое отделение областной клинической больницы. При опросе подробно оценивалось лечение на амбулаторном этапе, на фоне которого произошла декомпенсация ХСН, послужившая причиной госпитализации. В анкетировании приняли участие 100 мужчин и 80 женщин в возрасте от 37 до 79 лет. У 176 больных развитию ХСН предшествовала артериальная гипертензия, 98 больных перенесли инфаркт миокарда. Функциональный класс ХСН (NYHA) уточнен в тесте с 6-минутной ходьбой. У 125 больных диагностирована ХСН III ФК, у 55 больного – IV ФК.

Результаты. В амбулаторной практике лечения ХСН иАПФ использовались в 82% случаев. Регулярность приема иАПФ отмечена в 68% случаев. Наибольшая приверженность лечению (100%) установлена при назначении препаратов продленного действия, наименьшая (17%) в случаях назначения короткодействующего каптоприла. Существенным недостатком терапии иАПФ явилось отсутствие титрации суточной дозы препарата, зафиксированное в 69% случаев.

Оценка назначения β-блокаторов выявила как недостаточную частоту их использования (68%), так и нерациональный выбор препаратов - на долю препаратов с доказанной эффективностью и безопасностью (бисопролол, карведилол) пришлось только 12% назначений. В 52% случаев больные принимали препараты, не имеющие доказательной базы в лечении ХСН (атенолол, неретардированный метопролол). В 71% назначений не проводилось титрации дозы: в одних случаях суточная доза остава-

лась стартовой, в других – начальная доза соответствовала средней терапевтической.

При анализе было обращено внимание на широкое использование препаратов, не предназначенных для лечения ХСН. Так, назначение нитратов без прямых показаний зафиксировано в 30% случаев, блокаторов кальциевых каналов 1и 2 поколения в 18% случаев. Применение указанных препаратов затрудняло назначение адекватных доз иАПФ и β-блокаторов из-за дополнительной способности к снижению артериального давления.

Выводы: Оценка амбулаторной практики лечения больных ХСН показала недостаточную частоту назначения иАПФ и β-блокаторов, нерациональный выбор лекарственных средств внутри группы, отсутствие титрации дозы. Недостатки терапии амбулаторного этапа во многом определили развитие декомпенсации сердечной недостаточности и необходимость госпитализации больных. Результаты анализа выявили недостаточный уровень внедрения в амбулаторную практику российских рекомендаций по лечению ХСН.

1055 ФАКТОРЫ РИСКА УХУДШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ, ПРИНИМАЮЩИХ ИНГИБИТОРЫ АПФ

Яковлева Е.В., Волошинова Е.В., Таинкин А.А.
ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет» Росздрава , Саратов, Россия

Целью исследования явилось выявление факторов, повышающих вероятность снижения азотовыделительной функции почек на фоне терапии ингибиторами АПФ (иАПФ).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни тридцати восьми пациентов кардиологического отделения Областной клинической больницы, принимавших иАПФ. Больные были разделены на две группы. Первую группу (основную) составили девятнадцать пациентов, прием иАПФ у которых сопровождался ростом уровня креатинина. Средний прирост креатинина по сравнению с исходным уровнем составил 49,4±3,9%. Во вторую группу (группу сравнения) были включены девятнадцать больных, назначение иАПФ у которых не сопровождалось ростом креатинина.

Результаты. Средний возраст больных первой группы составил 67,6±10,4 лет, второй 53,6±14,7 лет. При этом в основной группе пациентов старше 60 лет было пятнадцать, в группе сравнения – только шесть. Одиннадцать пациентов первой и два второй группы ранее перенесли инфаркт миокарда (ИМ). Острый ИМ послужил причиной госпитализации девяти пациентов основной группы и трех пациентов группы сравнения, при этом клинические признаки декомпенсации кровообращения по большому кругу были выявлены у всех больных первой и второй группы. У больных основной группы на фоне лечения иАПФ в 3 раза чаще по сравнению с группой сравнения наблюдалось снижение артериального давления до 80 и 60 мм рт.ст. Гипертоническая нефропатия диагностирована у девяти больных первой группы и у пяти пациентов группы сравнения. Сахарным диабетом II типа страдали восемь пациентов основной группы. У одного из них заболевание было выявлено впервые, у семи средняя длительность диабета составляла 13,7 лет; у 4 больных диагностирована диабетическая нефропатия, проявлявшаяся протеинурией донефротического уровня. В группе сравнения только у одного пациента имелся сахарный диабет, выявленный за месяц до поступления в стационар. Исходно функция почек была нарушена у шести больных первой и у двух больных второй группы. Во всех случаях снижение скорости клубочковой фильтрации соответствовало третьей стадии хронической болезни почек, при этом уровень креатинина крови не превышал 200 мкмоль/л.

Выводы. Таким образом, у пациентов кардиологического стационара, принимавших иАПФ, выявлены следующие факторы риска ухудшения функции почек: возраст старше 60 лет, острый и перенесенный ИМ, развитие гипотонии на фоне терапии, декомпенсация кровообращения по большому кругу, диабетическая и гипертоническая нефропатия, снижение скорости клубочковой фильтрации. Наличие этих факторов у больного требует тщательного контроля азотовыделительной функции почек на фоне лечения ингибиторами АПФ.

1056 ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В РЕГИОНЕ КАВКАЗКИХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД

Яковлева Н.В., Батурин В.А.
МУЗ городская больница №2 г. Пятигорска, Ставропольская государственная медицинская академии, Пятигорск, Россия

Актуальность проблемы. Среди факторов, определяющих недостаточную эффективность некоторых групп антигипертензивных средств, выделяют этническую принадлежность. Выявлены различия в активности ферментов, метаболизирующих лекарственные средства, у коренных жителей Чукотки и Дальнего Востока, у афроамериканцев. Изучение этнических особенностей действия лекарственных препаратов особенно актуально для многонациональной Российской Федерации и, в частности, для Северного Кавказа, где проживает более 100 различных народностей. При этом значительную часть населения Кавказских Минеральных Вод составляют представители армянского и славянского этносов.

Методы исследования. Проведен сравнительный проспективный анализ клинической эффективности ИАПФ (лизиноприл), БАБ (атенолол), БКК (амлодипин) у пациентов с гипертонической болезнью.

Из 120 планово госпитализированных пациентов было сформировано 3 группы по 40 человек. В первой группе «стартовым» препаратом был лизиноприл («лизорил»), во второй – атенолол («тенолол»), в третьей – амлодипин («калчек»). При необходимости (отсутствие снижения АД в течение 48 часов на 10%) осуществлялось повышение дозы. Первичный эффект терапии оценивался на 4 сутки.

Результаты исследования. К моменту оценки первичного антигипертензивного эффекта доза лизиноприла (19,0±3,1 мг против 13,0±4,7 мг) и атенолола (82,5±24,5 мг против 77,5±25,5 мг) в армянской группе была достоверно выше, чем в группе славян. Сравнение степени снижения систолического и диастолического АД, к моменту оценки первичного гипотензивного эффекта, показало, что на фоне терапии лизиноприлом снижение САД у армян (12,5±2,8%) было достоверно меньше, чем у славян (16,2±3,8%), при этом в славянской группе эффект лечения был выше у женщин, а в армянской у мужчин. Снижение ДАД в результате лечения было достоверно ниже у армянок (11,6±7,3%), чем у славянок (17,5±4,2%).

На фоне терапии атенололом, снижение САД у представителей армянского этноса (13,0±4,5%), было достоверно меньше, чем у славян (15,3±3,9%). Также достоверно меньшим было снижение ДАД: у армян на 12,6±5,1%, у славян на 15,1±4,2%. На фоне терапии амлодипином значимых различий в степени снижения систолического и диастолического АД, у пациентов обеих этнических групп, выявлено не было.

Выводы. Выявлена меньшая эффективность ИАПФ (лизиноприла) у представителей армянского этноса. БАБ (атенолол) был также менее эффективен у армян. При использовании БКК (амлодипина) не установлено этнических различий.

1057 ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ СИНТАЗЫ ОКИСИ АЗОТА И РЕЦЕПТОРА АНГИОТЕНЗИНА I (1 ТИП) НА ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Яковлева Н.Ф., Маянская С.Д., Березикова Е.Н., Шилов С.Н., Майер С.В.
НГМУ, Новосибирск, Россия

Цель работы. Изучить влияние полиморфизмов генов эндотелиальной синтазы окиси азота (eNOS) и рецептора ангио-

тензина II 1-го типа (AT2P1) на состояние сосудодвигательной функции эндотелия у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 165 пациентов (121 мужчина и 44 женщины) в возрасте от 45 до 65 лет (средний возраст 56,7±5,3), которые находились на стационарном лечении в отделениях неотложной кардиологии и неотложной терапии по поводу декомпенсации ХСН различной этиологии: ишемическая болезнь сердца (ИБС) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ)- 129 случаев, ИБС- 24 случая, АГ- 12 случаев. Из них по классификации NYHA: ХСН ФК I в 37 случаях (22,5%); ФК II в 69 случаях (41,8%); ФК III в 54 случаях (32,7%); ФК IV в 5 случаях (3%). Кроме того, у 92 пациентов (56%) был выявлен постинфарктный кардиосклероз. Всем пациентам производился забор генетического материала с последующим типированием аллелей гена eNOS (Glu298Asp) и гена AT2P1 (A1166C) с помощью ПДРФ-анализа ПЦР-продуктов. Функция эндотелия оценивалась по методике Celermajer на ультразвуковом аппарате линейным датчиком 7 Мг. Стимулом, вызывающим зависимую от эндотелия дилатацию периферических артерий, была реактивная гиперемия, создаваемая манжетой, наложенной проксимальнее места измерения. После восстановления исходного диаметра артерии проводилась проба с экзогенным донатором азота - сублингвальным нитроглицерином в дозе 0,5 мг. Измерение повторяли через 1 мин. Реакцию на усиление кровотока рассчитывали как разницу диаметров на фоне реактивной гиперемии и исходного, реакцию на нитроглицерин – как разницу диаметра на 1-й минуте после приема нитроглицерина и исходного. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью стандартного статистического пакета программ SPSS 13,0. Для всех видов анализа статистически значимыми считали значения $p<0,05$.

Результаты. Оказалось, что среди пациентов, имеющих генотип Glu/Glu полиморфного локуса Glu298Asp гена eNOS, реакция на стимул, вызывающий выделение фактора релаксации, существенно снижена по сравнению с реакцией на гиперемию у пациентов, имеющих аллель Asp (4,5±1,6 и 9,8±1,7 соответственно, $p<0,05$). При этом исходный диаметр артерии и реакция на нитроглицерин у пациентов с разными генотипами достоверно не различались. При изучении полиморфизма A1166C гена AT2P1 оказалось, что среди пациентов, имеющих генотипы, содержащие аллель С полиморфного локуса A1166C гена AT2P1, реакция на гиперимию (ЭЗД) и на нитроглицерин (ЭНЗД) существенно снижена по сравнению с данными показателями у пациентов, имеющих генотип A/A (4,7±1,3 против 7,9±1,1, $p<0,05$ и 11,5±1,1 против 15,2±0,7, $p<0,05$, соответственно). При этом исходный диаметр артерии у пациентов с разными генотипами достоверно не различался.

Выводы. Таким образом, было обнаружено влияние полиморфизмов генов eNOS (Glu298Asp) и AT2P1 (A1166C) на состояние сосудодвигательной функции эндотелия сосудов у больных с ХСН на фоне ИБС и АГ.

1058 ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН

Яковлев В.В.
Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия

Цель: изучить особенности клинического течения и характер осложнений повторного инфаркта миокарда у мужчин различного возраста.

Материал и методы: обследовано 527 мужчин с повторным и 359 – с первичным (контрольная группа) инфарктом миокарда (ИМ) в первые 24-48 ч. от начала заболевания, у 571 из них был осложненный инфаркт, а у 315 – неосложненный, у 503 больных инфаркт миокарда с зубцом Q, а у 383 – без зубца Q. По возрасту больные были распределены на 3 группы: до 60 лет – лица молодого и среднего возраста (n = 478 больных), 61-75 лет – пожилого возраста (n 245 больных), старше 75 лет – старческого возраста (N = 163 больных).

Результаты: У больных с первичным ИМ до 60 лет преобладал ангинозный вариант течения заболевания (79%), реже ангинозно-астматический (6%) и еще реже ангинозный в сочетании с недостаточностью кровообращения (5%). У лиц пожилого и старческого возраста наблюдалось статистически достоверное увеличение вариантов ИМ в сочетании с недостаточностью кровообращения (соответственно 22% и 36%).

У больных с повторным ИМ отмечалось значимое ($p<0,01$) уменьшение по сравнению с больными первичным ИМ ангинозных форм в чистом виде во всех возрастных группах (соответственно 50%, 34% и 31%) и увеличение частоты встречаемости клинических вариантов заболевания в комбинации с недостаточностью кровообращения (соответственно 26%, 48% и 54%).

При изучении структуры осложнений установлено, что у 40-50% больных с первичным ИМ старческого возраста и повторным инфарктом миокарда во всех возрастных группах встречаются 3 и более осложнений у одного больного.

У лиц пожилого и старческого возраста с первичным и повторным ИМ достоверно чаще регистрировались осложнения, обусловленные одновременно нарушениями сократительной функции сердца, механической несостоятельностью миокарда и электрической нестабильностью его (у 39-33%). Сердечная астма чаще наблюдалась у больных с повторным ИМ (56 и 63%), а у больных с первичным ИМ – у 49 и 58 %. Аневризма сердца достоверно чаще встречалась во всех возрастных группах у больных с повторным ИМ: у 26%, 28%, и 24% (при первичном ИМ – 10, 10, 16%). Частота тромбоэндокардитов также была достоверно выше в этих группах – до 25%. Отек легких достоверно чаще встречался у больных первичным ИМ старческого возраста (35%) и у больных повторным ИМ пожилого и старческого возраста (у 34 и 31%). У больных старческого возраста как при первичном, так и при повторном ИМ чаще диагностировалась пневмония (у 29 и 23%). Нарушения сердечного ритма и проводимости выявлялись во всех возрастных группах первичного и повторного ИМ, достигая наибольшего значения у мужчин старческого возраста (у 61 и 53%).

Выводы: у мужчин с повторным ИМ, особенно пожилого и старческого возраста, чаще встречаются клинические варианты ИМ в сочетании с недостаточностью кровообращения (сердечная астма, отек легких), осложненные аневризмой, тромбоэндокардитом, аритмиями и пневмонией.

1059 АНАЛИЗ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ (РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО ШЕСТИЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ)

Якушин С.С.[1], Филиппов Е.В.[1], Зайцева Н.В.[2], Токарева Л.Г.[2]
ГОУ ВПО РязГМУ Росздрава[1], Рязань, Россия; РОККД[2], Рязань, Россия

Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) изучается уже 50 лет, однако, смертность от этой патологии до сих пор остается высокой (до 7% в год в специализированных центрах).

Цель исследования: проанализировать неблагоприятные исходы у пациентов с ГКМП для выявления основных факторов риска при длительном наблюдении.

Материал и методы: в исследование было включено 108 человек с ГКМП (67 мужчин и 41 женщина). Средний возраст пациентов составил 45,9±2,58 года (от 17 до 68 лет). Среди всех пациентов обструктивная ГКМП встречалась в 12%, необструктивная в 67,6%, латентная в 20,4% случаев.

Результаты: За время наблюдения у 11 пациентов (10,2%) был зарегистрирован летальный исход. Структура летальных исходов была следующей: ХСН – 7 человек; ВСС – 2 человека; инфекционный эндокардит – 1 человек; ТЭЛА – 1 человек.

Анализ летальных исходов показал, что все пациенты с необструктивной ГКМП умерли от ХСН, а 50% с обструктивной формой заболевания – от ВСС.

После изучения данных умерших пациентов и пациентов, завершивших исследование, были выявлены факторы риска неблагоприятного прогноза. Ими являлись: 1. пациенты, имеющие отягощенный наследственный анамнез: ВСС среди родственников (OR=5,86); ГКМП среди родственников

(OR=8,88); наличие синкопальных состояний у родственников (OR=1,47); 2. желудочковая тахикардия (OR>100); 3.остановка сердца или фибрилляция желудочков в анамнезе (OR>100); 4. дилатация ЛП>4,5 см.

Пациенты с данными факторами риска имеют высокую вероятность смерти в ближайшие 3 года.

В тоже самое время были выявлены факторы благоприятного прогноза (низкая вероятность смерти в предстоящие 3 года): 1. наличие у пациентов жалоб на сердцебиения (OR=1,39); 2. наличие у пациента при аускультации шума митральной регургитации (OR=2,63); 3. отсутствие желудочковой тахикардии, а также остановки сердца и/или фибрилляции желудочков в анамнезе; 4. размер ЛП<4,2 см.

Те пациенты, которые не попадают в ту или иную группу риска имеют промежуточный риск.

Выводы: 1. Как показало исследование, пациенты имеют различный риск смерти, и чем выше риск, тем более активная тактика ведения должна использоваться. 2. Больные с обструкцией ВОЛЖ имеют более стабильную клиническую картину и в 50% случаев причину летальных исходов – ВСС.

1060 КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ СТЕНОКАРДИИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ОЦЕНКОЙ ЕЁ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПО ВЛИЯНИЮ НА ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ И КИСЛОРОДТРАНСПОРТНУЮ ФУНКЦИЮ КРОВИ

Янковская Л.В.
Городская клиническая больница №3, Гродно, Беларусь

Цель исследования: оценка эффективности комплексного патогенетического лечения больных стабильной стенокардией напряжения (ССН), протекавшей в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) II степени, с учетом влияния на показатели функции эндотелия и кислородтранспортную функцию крови (КТФК).

Методы и методы: проведено динамическое наблюдение и лечение 48 пациентов разделенных на три группы. Группа А - 19 больных ССН функциональный класс (ФК) I, протекавшей с АГ II ст. (средний возраст 50,5±1,8г). Группа Б - 16 больных ССН ФК II, с АГ II ст. (средний возраст 55,6±1,5г). Группа В - 13 больных ССН ФК III, с АГ II ст. (средний возраст 58,2±1,8г). Контрольную группу составили 20 здоровых лиц (средний возраст 37,9±1,6г). Больные принимали: атенолол, аспирин, молсидомин и эналаприл. Кровь для исследований бралась утром натощак до и после двухнедельного лечения, в обработанный гепарином шприц, из вены, после восстановления в ней кровотока. Для оценки вазомоторной функции эндотелия использовалась проба с реактивной гиперемией разработанная D.S.Celermajer и соавт. Содержание нитратов/нитритов в плазме крови определялось спектрофотометрическим метод с реактивом Грисса. Определялся ряд параметров КТФК. Показатель сродства гемоглобина к кислороду (СГК) рассчитывался при реальных значениях pH, pCO2 крови и температуры - p50 реальное. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью программы «STATISTIKA 6.0».

Результаты: улучшение клинического состояния пациентов после лечения получено во всех группах. Значения pO2 исходно были снижены ($p<0,05$), а pCO2 повышены ($p<0,05$) в группах больных по сравнению с контролем. Показатель pH крови в группе В был на 0,025 ед. ($p<0,05$) меньше, чем в группе А и на 0,026 ед. ($p<0,05$) меньше, чем в группе Б, т.е. с увеличением ФК стенокардии pH крови уменьшалась. Значения p50 реального были повышены при ССН ФК III по сравнению с больными I ФК на 8,4% ($p<0,05$) и II ФК на 5,3% ($p<0,05$), т.е. наблюдалось уменьшение СГК. После лечения у больных всех групп оставались признаки метаболического ацидоза и гипоксии, что указывает на недостаточность данного курса терапии. Содержание нитратов/нитритов в плазме крови в группе В исходно было на 39,5% ($p<0,001$) ниже, чем в группе А и на 32,6% ($p<0,05$) ниже, чем в группе Б, т.е. продукция оксида азота снижалась с увеличением ФК стенокардии. После лечения содержание нитратов/нитритов увеличилось ($p<0,05$) во всех группах, однако в группе В осталось ниже, чем в группах А и Б - на 29,6% ($p<0,01$) и 24,5% ($p<0,01$) соответственно. Эндотелийзависимая вазодилатация (ЭЗВД) была наименьшей при III ФК стенокардии как до, так и после лечения (на 83,3% ($p<0,001$) ниже, чем в группе А и на 74,9% ($p<0,001$), чем в группе Б). В группе Б ЭЗВД была на 33,7% ($p<0,05$) ниже, чем в группе А. После лечения ЭЗВД увеличилась в группе А на 77,5% ($p<0,001$), в группе Б на 64,8% ($p<0,001$), в группе В осталась наименьшей и составила 7,77±2,09%.

Выводы: терапевтическая тактика лечения стенокардии и АГ должна быть направлена и на коррекцию КТФК и функции эндотелия, с позиций модуляции продукции NO.

1061 ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ «ШКОЛА-ГИПЕРТОНИКА»

Ярмухамедова Д.З., Камилова У.К., Юсупов О.П.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования - изучение влияния образовательной программы «школа-гипертоника» на качество жизни больных эссенциальной артериальной гипертонией.

Методы исследования: Обследовано 98 больных с ЭАГ I- II степени (по классификации ВОЗ-МОАГ 1999г). Средний возраст больных составил 55±4,2 года. Длительность заболевания составила от 6 до 15 лет. Все больные принимали препарат Энап (KRKA, Словения) в среднесуточной дозе 5-10 мг. Больные были разделены на 2 группы: I группу составили 48 больных, которые принимали энап, II группу - 50 больных, которые посещали образовательную программу «школа-гипертоника» организованной в 46 городской поликлинике г.Ташкента. Качество жизни (КЖ) больных изучалось анкетированием с помощью специального опросника по изучению КЖ, предложенного ГосНИЦ профилактической медицины Минздрава Российской Федерации (2002) состоящей из 17 вопросов, позволяющие оценить такие параметры КЖ как физическая активность (ФА), эмоциональное состояние (ЭС), энергичность (Э), социальная адаптация (СА). Показатели качество КЖ оценивались исходно и через 6 месяцев в динамике наблюдения.

Результаты: Контроль за уровнем АД является ключевым инструментом в достижении основной цели в лечении АГ - снижения риска развития сердечно-сосудистых осложнений и улучшения прогноза. У больных на фоне 6 месячного лечения эналаприлом отмечалось достоверное снижение САД на 7,8% и ДАД на 7,6% соответственно ($p<0,05$). Результаты исследования показали, что на фоне 6 месячной терапии эналаприлом КЖ оцениваемое с помощью опросника сопровождалось достоверным увеличением показателей ФА на 30%, ЭС на 29,6%, Э на 27,6%, СА на 29,7% соответственно, что сопровождалось увеличением суммарного индекса (СИ) КЖ на 29,3% по сравнению с исходными показателями. У больных II группы показатели КЖ были достоверно выше по сравнению показателями I группы: ФА увеличился на 38%, ЭС на 34,9%, Э на 35,2%, СА на 34,7% по сравнению с исходным соответственно. Улучшение данных показателей сопровождалось увеличением СИ КЖ на 36,3% ($p<0,05$).

Вывод: Обучение больных с АГ по образовательной программе «школа-гипертоника» наряду с приемом гипотензивных препаратов способствует улучшению качество жизни больных.

1062 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАЦИОНАРНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Яруллина А.Р., Валеев И.Г., Шмелева Г.А., Федорова Е.А., Хамидуллина Р.М.
Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

Цель исследования: оценить клиническую эффективность реабилитации в условиях кардиологического отделения долечи-

вания больных ишемической болезнью сердца после операции реваскуляризации миокарда.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 52 мужчин (средний возраст - 52±0,7 лет). У 50 больных была проведена операция аортокоронарного и маммарокоронарного шунтирования, у 2 больных – операция маммарокоронарного шунтирования. У 47 больных до оперативного лечения в анамнезе был инфаркт миокарда, у 5 - стенокардия 3 функционального класса. Больные переводились в отделение в среднем через 5,3 дня после проведенной операции. Средняя продолжительность пребывания больных в отделении до перевода на санаторный этап реабилитации 15 дней.

В процессе восстановительного лечения использовались методы медикаментозной, физической и психологической реабилитации. Медикаментозная терапия проводилась с использованием бета-адреноблокаторов (бисопролол, метопролол, небиволол – у 48 больных), антагонистов кальция (амлодипин, фелодипин – у 4 больных), ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (эналаприл, фозиноприл – у всех больных), антиагрегантов – у всех больных), статинов (аторвастатин, симвастатин - у всех больных). В процессе физической реабилитации использовались занятия лечебной физкультурой (у всех больных). Психологическая реабилитация осуществлялась врачом-психотерапевтом и лечащими врачами.

Для оценки эффективности реабилитационных мероприятий использовались методы оценки состояния сердца: эхокардиография с определением размеров левого желудочка в систолу и диастолу, регистрация электрокардиограмм в динамике, холтеровское мониторирование. Эхокардиография проводилась при поступлении и перед выпиской. Оценка изменения толерантности к физической нагрузке проводилась с использованием теста 6 минутной ходьбы.

Результаты: За время пребывания в отделении наблюдалось увеличение толерантности к физической нагрузке: объем физической нагрузки по данным теста 6 минутной ходьбы увеличился с 290 метров до 330 метров ($p<0,05$), функциональный класс сердечной недостаточности снизился с 3 до 2 у 97,8% больных. Наблюдалось улучшение функционального состояния левого желудочка: фракция выброса повысилась с 49 до 52% ($p<0,05$). По данным холтеровского мониторирования и электрокардиографического контроля не выявлено появления эпизодов ишемии миокарда.

Выводы: Результаты проведенного анализа свидетельствуют об эффективности проводимой реабилитационной терапии с использованием медикаментозного лечения, лечебной физкультуры и психотерапии.

1063 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОМАКОРА В ПРОФИЛАКТИКЕ ФИБРИЛЛЯЦИЙ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Яруллина А.Р., Николаева И.Е., Федорова Е.А., Шмелева Г.А.
Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

Цель исследования: оценить клиническую эффективность и переносимость омакора у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с гиперхолестеринемией и гипертриглицеридемией.

Материалы и методы: обследовано 32 мужчин (средний возраст - 53±0,5 лет), перенесших с операцию аорто- и/или мамарокоронарного шунтирования пятидневной давности, с уровнем холестерина (ХС), превышающего 5 ммоль/л, ХС липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП), превышающего 3,0 ммоль/л и триглицеридов, превышающего 1,7 ммоль/л. В исследование были включены пациенты, имеющие нормальный синусовый ритм с перенесенным инфарктом миокарда давностью от 2 до 5 лет.

На фоне терапии антиагрегантами, бета-адреноблокаторами или антагонистами кальция, ингибиторами АПФ, статинами (симваститин от 20 до 40 мг/сут) был добавлен омакор в дозе 2000 мг в сутки.

Исходно, через 4 и 8 недель терапии оценивался клинический статус больного: тест 6 минутной ходьбы, определялись показатели ХС, ХСЛПНП, ХС липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВС), триглицеридов (ТГ). Проводилось ЭКГ в течение 20 дней стационарного лечения ежедневно и холтеровское мониторирование ЭКГ (проводилось во время стационарного лечения и через 8 недель).

Контрольная группа, состоящая из 30 больных, получала обычное лечение.

Результаты: Установлено, что прием омакора на фоне стандартной терапии способствовал повышению толерантности к физической нагрузке, оцененной через 8 недель, снижению частоты пароксизмов фибрилляции предсердий (в течение стационарного лечения и через 8 недель). Пароксизмы фибрилляции предсердий наблюдались у 15,6% (5 из 32 пациентов) и у 33,3% (10 из 30 пациентов). Достоверно снижались ХС, ХСЛПНП, ТГ через 8 недель с достижением целевого уровня у 70% больных.

Выводы: Результаты двухмесячной терапии с использованием омакора в комплексе со стандартной терапией в суточной дозе 2000 мг в течение показали, что эффективно снижаются показатели ХС, ХСЛПНП и ТГ с достижением целевого уровня у 70% больных, хорошо переносится, уменьшает частоту возникновения пароксизмов фибрилляции предсердий, повышает толерантность к физической нагрузке.

1064 БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВАРФАРИНА У БОЛЬНЫХ С ПРОТЕЗИРОВАННЫМИ ИСКУССТВЕННЫМИ КЛАПАНАМИ СЕРДЦА

Яруллина А.Р., Шмелева Г.А., Федорова Е.А., Муфтахова З.Х., Руденко В.Г.
Республиканский кардиологический диспансер, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

После имплантации искусственных клапанов сердца проводится гипокоагуляция непрямыми антикоагулянтами под контролем международного нормализованного отношения (МНО), терапевтический интервал - 2,5-3,0. Однако наличие сопутствующей патологии может привести к развитию геморагического синдрома.

Целью нашего исследования была оценка лабораторной эффективности и безопасности гипокоагуляционной терапии, проводимой в условиях кардиологического отделения после имплантации искусственных клапанов сердца.

Материал и методы. Проанализировано 48 больных (38 мужчин и 10 женщин) с имплантированными искусственными клапанами сердца. Средний возраст больных составил 46±12 лет. Из них пороки ревматического генеза у 41 больного (митрального клапана – у 21 больного, аортального клапана – у 12 больных, митрального и аортального клапана – у 8 человек), миксоматозная дегенерация митрального клапана – у 5 больных, склеротический порок аортального клапана – у 2-х больных. С целью гипокоагуляции больные получали варфарин, фирмы «Никомед» в средней суточной дозе 6,28 мг. Препарат назначался один раз в сутки в 18 часов. Определение протромбинового времени проводилось на анализаторе «Астра» с использованием стандартизированного тромбопластина фирмы «Технология-стандарт» с МИЧ 1,1. Контроль МНО проводился ежедневно, контроль анализов мочи каждые 3-е суток.

Результаты. Все пациенты достигли целевого уровня гипокоагуляции (среднее МНО при завершении титрации варфарина составило 2,88). Осложнения терапии варфарином отмечались в 4-х случаях (у 3-х больных в виде микрогематурии, у 1-го больного – уретроррагия). Уровень МНО при микрогематурии составил 3,16, что потребовало снижения дозы варфарина без выхода из терапевтического интервала. У пациента с уретроррагией появление эритроцитов в моче отмечалось при МНО 1,64. Поскольку МНО не достигло терапевтического интервала (протезирование митрального клапана требует гипокоагуляции в пределах МНО 2,5 – 3,5) продолжалась гипокоагуляция в той же дозе под ежедневным контролем анализов мочи. По достижении МНО 2,45 у пациента развилось кровотечение из уретры, со снижением гемоглобина до 73 г/л, что потребовало переливания крови и эритроцитной массы. Кровотечение остановлено с помощью катетера

Фоля. Варфарин отменен на 5 дней до остановки кровотечения и коррекции уровня гемоглобина. В последующем назначен в дозе 2,5 мг 1 раз в сутки. Рекомендовано обратиться по месту жительства к урологу для уточнения состояния мочевыводящих путей.

Выводы. В целом, терапия варфарином отличается хорошей переносимостью и управляемой гипокоагуляцией. Случаи неадекватного уровню МНО геморрагического синдрома должны нацелить врача на поиск сопутствующей патологии.

1065 ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ ОСНОВ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ СТУДЕНТАМ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Яхонтов Д.А., Бухтий Н.В., Цибина Т.Г., Шляхтина Н.В.
Новосибирский Государственный медицинский университет Новосибирск, Россия

Введение в медицинском вузе преподавания основ доказательной медицины (ДМ) как самостоятельного предмета должно обучить поиску достоверной и качественной информации, дифференцировать ее по степени ценности и эффективно использовать в клинической практике, преподавательской и исследовательской работе. В Новосибирском государственном медицинском университете в 2005г был организован курс основ доказательной медицины, на котором ведется преподавание основ доказательной медицины студентам 6 курса лечебного факультета, а также клиническим ординаторам и врачам-интернам всех специальностей в виде чтения лекций и цикловых практических занятий продолжительностью 3 дня для постдипломников и 6 дней для студентов. Обучение проводится на клинической базе с обязательным изучением целей, классификации, структуры и результатов исследований различных дизайнов, самостоятельной оценкой медицинских публикаций в различных областях медицины с позиций разбора построения исследования, а также клиническим разбором больного, построенным на принципах доказательной медицины. Студенты знакомятся с уровнями достоверности доказательств в медицине, кодексами GLP, GCP, GMP, понятиями конечных точек, вопросами мониторинга и этическими аспектами исследований, в том числе, проведенных в РФ. Рассматривается проблема «брэнды-дженерики» с конкретизацией требований к производству последних. Изучаются подходы к оценке ценности научных публикаций, требования к подготовке последних, правила составления систематических обзоров и мета-анализов. Лекционное преподавание включает в себя определения ДМ как предмета, освещение истории ее развития, ее основных положений, а также вопросов поиска доказательств в современных источниках информации. По окончании цикла студенты, ординаторы и интерны ответили на вопросы разработанной анкеты. Ниже мы приводим средние результаты анонимного анкетирования, проводившегося по 10-балльной системе. Насколько для Вас был полезен цикл ДМ? – 7,0; Степень новизны полученной информации – 8,3; Насколько важно вам знать о видах клинических исследований и уровнях доказанности? – 7,6/8,5; Окажется ли цикл полезен для Вас в работе с медицинской литературой? – 7,9; Наглядность представленной информации – 8,9. Проведенная работа явилась первым шагом в процессе планомерной подготовки студентов и врачей различных специальностей по вопросам медицины, основанной на доказательствах в рамках рациональной интеграции индивидуального клинического опыта с результатами контролируемых клинических испытаний.

1066 КЛИНИКО-АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ИБС В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИ НАЛИЧИИ, ЛИБО ОТСУТСТВИИ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ

Яхонтов Д.А., Бухтий Н.В.
Новосибирский государственный медицинский университет. Новосибирск, Россия

Цель. С целью выяснения влияния абдоминального ожирения и других метаболических факторов на течение ИБС обследовано 123 мужчины со стабильной стенокардией напряжения II-III ФК в возрасте 38-74 (средний возраст 55,5±1,0) лет и различными компонентами метаболического синдрома (МС). В исследование не включались больные с постинфарктной аневризмой, постоянной формой фибрилляции предсердий, ХСН>III ФК, сахарным диабетом и другими значимыми сопутствующими заболеваниями.

Пациенты и методы. Обс та в 1-й группе и 49 во 2-й), мочевой кислоты, тощаковой и постпрандиальной гликемией, соответствующей критериям НТГ 56 и 52 пациентов соответственно). Клинические проявления ИБС также мало отличалась у больных обеих групп, также как не различались гемодинамические и морфометрические показатели миокарда, за исключением достоверно более высоких значений индекса ММЛЖ у больных 2-й группы (160,9±5,1 против 143,9±3,8 г/м²), очевидно, за счет меньшей площади поверхности тела. Положительная нагрузочная проба (тредмил-тест) имела место у 24 больных в 1-й группе и у 20 во 2-й группе. По данным коронарографии лишь у одного пациента 2-й группы не было обнаружено изменений коронарного русла. В остальном больные обеих групп мало отличались по количеству пораженных сосудов, их анатомии и среднему уровню стенозирования. Так, многососудистое поражение имело место у 53,8% больных с ожирением и 60,4% больных с нормальным ИМТ; с несколько большей частотой во 2-й группе поражались магистральные артерии – правая коронарная и передняя нисходящая, а средний уровень стенозов в них был одинаковым в обеих группах и составлял 70-80%.

Выводы. Приведенные данные позволяют сделать заключение о весомом вкладе не только абдоминального ожирения, но и других компонентов метаболического синдрома в клиническое течение ИБС, гемодинамическую картину, а также характер и степень поражения коронарных сосудов.

1067 СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИЯ У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ Х

Рустамова Я.К., Алехин М.Н., Сальников Д.В., Сидоренко Б.А., Азизов В.А.
ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ, Москва, Россия; Азербайджанский Медицинский Университет, Баку, Азербайджан

Цель исследования. Сопоставить данные стресс-эхокардиографии (ЭхоКГ) и коронароангиографии (КАГ) у больных коронарным синдромом Х и у лиц без гемодинамически значимых поражений коронарного русла.

Материалы и методы исследования. Проанализированы данные 75 обследованных с подозрением на наличие ишемической болезни сердца без гемодинамически значимых поражений коронарного русла при коронароангиографии. По результатам комплексного клинико-инструментального обследования обследованные были разделены на 2 группы. В одну группу были включены 38 больных с КСХ, в другую - 37 обследованных, у которых отсутствовали признаки этого заболевания. Обе группы были сопоставимы по полу и возрасту. В группе больных с КСХ по сравнению с обследованными без КСХ чаще регистрировалась АГ, гиперхолестеринемия и грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, хотя эти различия и не достигали статистической значимости. Всем пациентам выполняли стресс-ЭхоКГ.

Результаты и их обсуждение. Из 75 обследованных стресс-ЭхоКГ с физическими нагрузками была выполнена у 67, проба с добутамином - у 8 пациентов.

В группе больных с КСХ достоверно чаще выявлялись преходящие нарушения локальной сократимости по сравнению с обследованными без КСХ (52% по сравнению с 21%, соответственно). При этом продолжительность пробы, ЧСС на максимуме нагрузки и прирост ЧСС достоверно не различались. Количество пациентов с несовпадением результатов пробы по электрокардиографическим и эхокардиографическим критериям преходящей ишемии миокарда было достоверно

больше в группе больных КСХ по сравнению с обследованными без КСХ. У 5 обследованных без КСХ при КАГ выявлялся спазм коронарных артерий. Из 32 обследованных без КСХ не имевших спазма коронарных артерий при КАГ у 22 пациентов (69%) имелись или особенности строения коронарного русла или гемодинамически незначимые стенозы коронарных артерий.

Выводы. Таким образом, лица без гемодинамически значимого стенозирования коронарного русла представляют собой весьма разнородную группу пациентов, включающую больных КСХ и вазоспастической стенокардией, а также пациентов с особенностями строения коронарного русла и с гемодинамически незначимыми стенозами коронарных артерий.

У лиц без гемодинамически значимого стенозирования коронарного русла по сравнению с больными КСХ чаще наблюдаются извитость коронарных артерий, мышечные мостики, спазмы и гемодинамически незначимое стенозирование коронарных артерий.

Низкая чувствительность преходящих нарушений локальной сократимости у больных с КСХ (52%) не позволяет рассматривать стресс-ЭхоКГ в качестве метода эффективной диагностики КСХ.

1068 ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Глинкина И.В., Зилов А.В., Мельниченко Г.А.
Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель. Изучение распространенности и особенностей нарушений липидного обмена у больных СД 2 типа. Оценка влияния терапии ингибиторами ГМГ-КоА-редуктазы и компенсации углеводного обмена на липидный спектр и уровень СРБ у больных СД 2 типа.

Методы. Проведено исследование липидного спектра в случайной выборке 165 пациентов (66 мужчин, 99 женщин) с СД 2 типа. Медиана возраста - 57 [52; 65] лет, длительности заболевания - 7 [3; 12] лет, ИМТ - 31,1 [28,1; 34,6] кг/м^2, ОТ - 104 [98; 111] см. 26 пациентов с СД 2 типа и уровнем ХС-ЛПНП≥3 ммоль/л были рандомизированы на 2 группы: основная группа в течение 3 месяцев получала аторвастатин в дозе 20 мг/сут; контрольная группа ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы не получала. 40 пациентов с СД 2 типа и комбинированной дислипидемией также были рандомизированы на основную группу, которая в течение 6 месяцев получала симвастатин в дозе 40 мг/сут, и контрольную группу, которая статины не получала. Группы исходно статистически не различались.

Результаты. Изменения липидного спектра выявлены у 98,2% пациентов, причем практически у половины - 42,4% (70 из 165 больных) - диагностирована комбинированная дислипидемия - повышение ОХС, ХС-ЛПНП, ТГ и снижение ХС-ЛПВП. Не найдено корреляции между состоянием липидного обмена и степенью компенсации углеводного обмена. Через 3 месяца после рандомизации как у пациентов, получавших аторвастатин, так и у пациентов контрольной группы, отмечено статистически значимое снижение уровня HbA1c (группы между собой не различались). В контрольной группе на фоне снижения уровня HbA1c через 3 месяца отмечено лишь повышение уровня ХС-ЛПВП (p=0,034), в то время как уровни ОХС, ХС-ЛПНП, ТГ не изменились (p=0,875, p=0,346 и p=0,637 соответственно). На фоне лечения аторвастатином через 3 месяца отмечено снижение уровня ОХС с 6,41 [6,08;7,9] до 4,76 [3,65;5,3] ммоль/л, уровня ХС-ЛПНП с 4,19 [3,71;4,97] до 1,87 [1,6;2,37] ммоль/л, уровня ТГ с 2,69 [1,84;4,1] до 1,62 [1,04;2,87] ммоль/л, уровня апо В с 1,64 [1,42;1,91] до 1,13 [0,83;1,41] мг/дл, и повышение уровня ХС-ЛПВП с 0,99 [0,88;1,2] до 1,21 [1,1;1,46] ммоль/л (p<0,05 для всех показателей). Сходные изменения липидного спектра получены и в результате лечения симвастатином в дозе 40 мг, в то время как улучшение состояния углеводного обмена привело лишь к статистически значимому повышению уровня ХС-ЛПВП. На фоне терапии ингибиторами ГМГ-КоА-редуктазы к концу исследования целевые уровни ХС-ЛПНП и ОХС были достигнуты у большинства пациентов, чего не произошло в контрольных группах на фоне снижения уровня HbA1c. Прием аторвастатина в дозе 20 мг/сут привел к снижению уровня СРБ с 5,65 [1,3;8,85] до 2,33 [1,37;6,1] мг/дл (p=0,026) вне зависимости от компенсации углеводного обмена, при отсутствии изменений уровня СРБ в контрольной группе.

Выводы. Более 98% больных СД 2 типа имеют атерогенные нарушения липидного спектра, не коррелирующие с уровнем HbA1c. Терапия ингибиторами ГМГ-КоА-редуктазы обладает антиатерогенными свойствами как за счет влияния на липидный спектр, так и за счет снижения уровня СРБ вне зависимости от степени компенсации углеводного обмена при СД 2 типа.

0001 BALNEOTHERAPY FOR THE RELIEF OF LOW BACK PAIN 8
0002 THE ROLE OF ASHWAGAANDHA IN NERVOUS HEART 8
0003 NICOTINIC ACID IN THE TREATMENT OF DYSLIPIDEMIA 8
0004 THE PREVENTION AND REDUCTIONOF BEDSORES USING A NEW NATURAL METHODOLOGY 9
0005 THE BLOOD LIPID -ALTERING EFFECTS OF COMBINATION DIETARY SUPPLEMENT THERAPY IN POPULATION OF GENERALLY HEALTHY DYSLIPEDIMIC ADULTS 9
0006 ARJUNA IN THE REDUCTIONOF CONGESTIVE HEART FAILURE 9
0007 ORAL EDTA IN THE REDUCTIONOF CORONARY CALCIFICATION 10
0008 ФАКТОРЫ РИСКА СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ С НЕЙРОКАРДИОГЕННЫМ СИНДРОМОМ 10
0009 ВЛИЯНИЕ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА ПИТЬЕВЫХ ВОД НА МИНЕРАЛЬНЫЙ ГОМЕОСТАЗИС ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 10
0010 СРАВНИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ БИСОПРОЛОЛА И ИВАБРАДИНА В СОЧЕТАНИИ СО СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИЕЙ НА ПОЗДНИЕ ПОТЕНЦИАЛЫ ЖЕЛУДОЧКОВ, ДИСПЕРСИЮ ИНТЕРВАЛА Q-T И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ 11
0011 ОЦЕНКА АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРАКСАНА В КОМБИНАЦИИ С ТРИМЕТАЗИДИНОМ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 11
0012 Р-ТЕРМИНАЛЬНЫЙ ИНДЕКС И ИНТЕРВАЛ QT ПРИ ФЕНОМЕНЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ 11
0013 АНТИАРИТМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМИОДАРОНА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ С ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ АРИТМИЯМИ 12
0014 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕСТОСТЕРОНА У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ 12
0015 ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ДИФФУЗНЫМ МИОКАРДИТОМ 12
0016 АНАЛИЗ ПАРАМЕТРОВ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И СОДЕРЖАНИЯ РАСТВОРИМОЙ МОЛЕКУЛЫ АДГЕЗИИ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА 13
0017 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ СТРАТИФИКАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ФАКТОРАМИ РИСКА ИБС 13
0018 ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА 14
0019 РЕЗУЛЬТАТЫ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИСТРА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА 14
0020 ВОЗМОЖНОСТИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВОЗВРАТНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА 15
0021 ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ И ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: ОПТИМАЛЬНАЯ ТАКТИКА ТЕРАПИИ 15
0022 ОТСУТСТВИЕ АДЕКВАТНОГО НОЧНОГО СНИЖЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ПО СРАВНЕНИЮ С БОЛЬНЫМИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 15
0023 ОЦЕНКА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ 16
0024 К АЛГОРИТМУ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ С БОЛЬШИМ КОЛИЧЕСТВОМ КЛИНИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ АТЕРОСКЛЕРОЗА 16
0025 ИНТЕНСИВНОСТЬ (ЭФФЕКТИВНОСТЬ) ЛИПОЛИЗА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИЙ 16
0026 ВЗАИМОСВЯЗЬ РАЗЛИЧНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА В РАЗВИТИИ ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИЙ 17
0027 СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ 17
0028 ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА, ГОМОЦИСТЕИНА, ЛИПОПРОТЕИНА (а) И ФИБРИНОГЕНА В КРОВИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 18
0029 ИЗУЧЕНИЕ КОРРЕЛЯЦИИ МЕЖДУ КОНЦЕНТРАЦИЯМИ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА, ГОМОЦИСТЕИНА, ЛИПОПРОТЕИНА (а) И ФИБРИНОГЕНА В КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 18
0030 МОРФО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ СЕКРЕТОРНЫХ КАРДИОМИОЦИТОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРОПРАНАЛОЛА В ДИНАМИКЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА 18
0031 СРАВНИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ ЭНАЛАПРИЛА И ЛОЗАРТАНА НА ГИПЕРТРОФИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АД ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ 19
0032 ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФЕНОТИПИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ УШНОЙ РАКОВИНЫ В РАЗВИТИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 19
0033 КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВЕНОЗНОЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 19
0034 КОНВЕНЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ ТЮМЕНИ И СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС НАСЕЛЕНИЯ 20
0035 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ БИСОПРОЛОЛОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОКИНОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ: ИЗОЛИРОВАННОЙИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 1 СТАДИИ 20
0036 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ БИСОПРОЛОЛОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОТЕЛИОЗА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ: ИЗОЛИРОВАННОЙ И В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 1 СТАДИИ 21

0037	ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ И ИХ КОРРЕКЦИЯ НЕБИВОЛОЛОМ	21
0038	ОБОСНОВАННОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ	21
0039	ЗНАЧЕНИЕ ЕВРОПЕЙСКОЙ ПРОГРАММЫ ACS REGISTRY ДЛЯ КАРДИОЛОГОВ МОРДОВИИ	22
0040	ВОЗМОЖНОСТИ ДОППЛЕРОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА	22
0041	РОССИЙСКИЙ РЕГИСТР ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СИНДРОМОВ В ТВЕРИ. СООБЩЕНИЕ 1. ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ И ИСХОДЫ	23
0042	РОССИЙСКИЙ РЕГИСТР ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СИНДРОМОВ В ТВЕРИ. СООБЩЕНИЕ 2. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ	23
0043	ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ТАРДИФЕРОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН	24
0044	ВЛИЯНИЕ ТОРЕМИФЕНА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СОСТОЯНИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	24
0045	ЧАСТОТА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ С ОТЯГОЩЕННОЙ И НЕОТЯГОЩЕННОЙ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬЮ	24
0046	ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ СЦИНТИГРАФИИ МИОКАРДА С 99mTc У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	25
0047	ВОЗРАСТНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В КЛИНИЧЕСКИХ ИСХОДАХ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ	25
0048	СОСТОЯНИЕ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И КЛИНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ХИРУРГИЧЕСКУЮ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ	25
0049	СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ	26
0050	ВЛИЯНИЕ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ НА СИСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ	26
0051	НАРУШЕНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПОВ КОНЕЧНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ	26
0052	ТЕЛЕМЕТРИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕХНОЛОГИЙ МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ, МОБИЛЬНОЙ ЭРГОМЕТРИИ, GPS-НАВИГАЦИИ И GPRS-СВЯЗИ	27
0053	ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ “ЭФФЕКТА СКРЫТОЙ ГИПЕРТОНИИ” У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	27
0054	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОДЕЛИ КУЛЬТИВИРУЕМЫХ КЛЕТОК ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ РЕЖИМОВ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	28
0055	ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И СОКРАТИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ: КЛИНИКО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ	28
0056	ОТКАЗ ОТ КУРЕНИЯ, ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ОПЫТ СТУДЕНТОВ - МЕДИКОВ	29
0057	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	29
0058	НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКИМ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ЕГО ДИНАМИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНГИБИТОРАМИ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА	29
0059	ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН	30
0060	ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ	30
0061	ИССЛЕДОВАНИЕ b-АДРЕНОРЕЦЕПЦИИ И СКОРОСТИ Na+-Li+-ПРОТИВОТРАНСПОРТА В МЕМБРАНЕ ЭРИТРОЦИТА У ЗДОРОВЫХ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ	31
0062	УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ РЕФРАКТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ III СТЕПЕНИ	31
0063	ДИАГНОСТИКА СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	31
0064	АНОМАЛЬНЫЕ ХОРДЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ «ПОСТИНФАРКТНОГО» СЕРДЦА	32
0065	АТЕРОСКЛЕРОЗ АОРТЫ И КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ЖИТЕЛЕЙ ЯКУТИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ «СЕВЕРНОГО СТАЖА»	32
0066	АТЕРОСКЛЕРОЗ АОРТЫ И КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У МИГРАНТОВ	33
0067	КЛИНИЧЕСКИЕ ЗНАЧЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	33
0068	АКТИВНОСТЬ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ЦЕРУЛОПЛАЗМИН/ ТРАНСФЕРРИН В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА: ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ	33
0069	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ	34
0070	АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ	34
0071	ДИНАМИКА УРОВНЯ БИОАМИНОВ КРОВИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНОТЕРАПИИ	35
0072	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ	35
0073	СВЯЗЬ ГЕНА ПАРАОКСОНАЗЫ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	35
0074	КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИЕЙ	36
0075	НЕКОТОРЫЕ ПАРАМЕТРЫ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	36

0076 ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БРУЦЕЛЛЕЗОМ 36

0077 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАРВЕДИЛОЛА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 37

0078 ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ И ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ЕЁ КОРРЕКЦИЯ 37

0079 ЗНАЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ОМАКОРА У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 37

0080 ВЛИЯНИЕ ТЕВЕТЕНА НА МИКРОАЛЬБУМИНУРИЮ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 38

0081 НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ (ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА) 38

0082 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ТРОМБОЛИЗИСА И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ 39

0083 ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ И АТРИБУТИВНЫЙ РИСКИ СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СВЯЗИ С УРОВНЕМ СИСТОЛИЧЕСКОГО И ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН 35-64 ЛЕТ ПО ДАННЫМ ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАН 39

0084 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КУРЕНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г.ЯКУТСКА 39

0085 ПРЕИМУЩЕСТВА РАННЕГО НАЧАЛА РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЁГКИХ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЁННЫМ ОСН ПО КИЛЛИПУ II 40

0086 ФАКТОРЫ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ Q-ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 40

0087 ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ 41

0088 ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ РЕГИСТРА «РЕКОРД» В КЕМЕРОВСКОМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ 41

0089 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ 41

0090 10-ЛЕТНИЙ ФАТАЛЬНЫЙ РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ 42

0091 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСОБЕННОСТЕЙ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 42

0092 ФУНКЦИОНАЛЬНО-ГЕОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА 42

0093 ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ТРАНСМИТРАЛЬНЫЙ ПОТОК КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ 43

0094 АНАЛИЗ ЭКТОПИЧЕСКОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АКТИВНОСТИ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОРОНАРОАНГИОГРАФИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ИБС 43

0095 ЭТАПНОСТЬ НАРУШЕНИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ РАЗВИТИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И АТЕРОСКЛЕРОЗА 44

0096 МНОГОФАКТОРНЫЙ КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ ОПЕРАТОРСКИХ ПРОФЕССИЙ 44

0097 ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА 45

0098 МОЛЕКУЛЯРНО-КЛЕТОЧНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ 45

0099 ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ ОРГАНИЗОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ 45

0100 ОПТИМАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИБС У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 46

0101 СОДЕРЖАНИЕ ЭНДОТЕЛИНА-1 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ II–III ФК НА ФОНЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА 46

0102 ВЛИЯНИЕ СИМВАСТАТИНА (ВАЗИЛИПА) И 2-ЭТИЛ-6-МЕТИЛ-3-ГИДРОКСИПИРИДИНА СУКЦИНАТА (МЕКСИДОЛА) НА АКТИВНОСТЬ АТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ЦЕРУЛОПЛАЗМИН/ТРАНСФЕРРИН ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ 46

0103 СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КАРВЕДИЛОЛА И БИСОПРОЛОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 47

0104 СОСТОЯНИЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В СВЯЗИ С ПРОГРЕССИРОВАНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 47

0105 РОЛЬ СИМПАТИЧЕСКИХ ВЛИЯНИЙ В МЕХАНИЗМАХ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СТРЕСС-УСТОЙЧИВОСТИ У НОРМОТЕНЗИВНЫХ И ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРЫС 48

0106 ПРЕДИКТОРЫ РАННЕГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ РИТМА У БОЛЬНЫХ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ 48

0107 НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ КОРОНАРОГРАФИИ ТРАНСРАДИАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ 48

0108 ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 49

0109 ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ АНГИОТЕНЗИН ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С НИЗКОЙ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТЬЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ 49

0110 СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ГРУППАХ РАБОТНИКОВ УМСТВЕННОГО ТРУДА С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА 50

0111	ДИСПЕРСИЯ ИНТЕРВАЛА QT И СОСТОЯНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЦА	50
0112	НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ	50
0113	АНТИИШЕМИЧЕСКИЕ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ИВАБРАДИНА И b-АДРЕНОБЛОКАТОРА НЕБИВОЛОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИБС	51
0114	КАРДИАЛЬНАЯ ВЕГЕТАТИВНАЯ НЕЙРОПАТИЯ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА	51
0115	ЗАВИСИМОСТЬ ГЕОМЕТРИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ОТ ПРОФИЛЯ СОЛЕВОЙ РЕАКТИВНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	52
0116	ДИАГНОСТИКА НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОДРОСТКОВ С ПАТОЛОГИЕЙ МИОКАРДА	52
0117	ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН И ДИСЛИПИДЕМИЯ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	53
0118	ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ “АТФ-АДФ-АМФ” И СОДЕРЖАНИЕ СВОБОДНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ	53
0119	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭМОКСИПИНА И МЕКСИКОРА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ С УЧЕТОМ ДИНАМИКИ ВРЕМЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА	53
0120	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	54
0121	РОЛЬ «ШКОЛЫ» ДЛЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ В ПОВЫШЕНИИ КОМЛАЕНСА К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ	54
0122	ЗНАЧЕНИЕ САМОКОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ДОСТИЖЕНИИ ЕГО ЦЕЛЕВЫХ ЗНАЧЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ	55
0123	ОСОБЕННОСТИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	55
0124	ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ПЕРИНДОПРИЛОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	55
0125	ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИЛТИАЗЕМА РЕТАРД В КАЧЕСТВЕ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ	56
0126	АВТОМАТИЧЕСКОЕ ИЗМЕРЕНИЕ АД У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ – ВОЗМОЖНОСТЬ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО КОНТРОЛЯ АД	56
0127	ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	57
0128	СОДЕРЖАНИЕ ОКСИДА АЗОТА У ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ	57
0129	ОСОБЕННОСТИ СКОРОСТНЫХ ПАРАМЕТРОВ КРОВОТОКА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	57
0130	НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	58
0131	ИССЛЕДОВАНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ НЕМОДИНАМИКИ У ЖЕНЩИН ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИЛДРОНАТОМ	58
0132	НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	58
0133	ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	59
0134	МОДЕЛИРОВАНИЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: ВОЗРАСТНЫЕ И НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ	59
0135	АНАЛИЗ ТЕРАПИИ ПРОВОДИМОЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА	59
0136	АНАЛИЗ БИОХИМИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К АСПИРИНУ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	60
0137	ПРЕДИКТОРЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА В СВЯЗИ С КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКОЙ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ	60
0138	ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ СТАТИНОВ В КОМБИНАЦИИ С ЖИРНЫМИ КИСЛОТАМИ КЛАССА ОМЕГА-3	61
0139	ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	61
0140	ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ВЕТВЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В СТАЦИОНАРАХ ГОРОДА ТОМСКА В 2003-2007 ГОДАХ, ПО ДАННЫМ ПАТАЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ВСКРЫТИЙ	62
0141	ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ С ПРИОБРЕТЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА	62
0142	ВЛИЯНИЕ ТРИМЕТАЗИДИНА НА ИШЕМИЗИРОВАННЫЙ МИОКАРД У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	62
0143	РОЛЬ ТКАНЕВОЙ ДОППЛЕР-ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИИ МИОКАРДА, ИНДУЦИРОВАННОЙ АНТРАЦИКЛИНАМИ	63
0144	ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ	63
0145	ВЛИЯНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ И АКТИВНОГО АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	63
0146	ОЦЕНКА РАСЧЕТНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ СКОРОСТИ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ КАК МАРКЕРА КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА. ДАННЫЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	64
0147	К ВОПРОСУ О ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ СТРЕССОВОЙ КАРДИОМИОПАТИИ	64

0148 ОБРАТНОЕ ЕСТЕСТВЕННОЕ РАЗВИТИЕ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА КРЫС ЛИНИИ ВИСТАР ПРИ ОСТРОМ И ХРОНИЧЕСКОМ СТРЕССЕ 64

0149 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА ПРИ СОЧЕТАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ 65

0150 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ 65

0151 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ ПРИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ 66

0152 ЭФФЕКТЫ ИНГИБИТОРА АПФ ФОЗИНОПРИЛА В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА 66

0153 ГИПЕРУРИКЕМИЯ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ФАКТОР РИСКА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА 67

0154 ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ И СТРУКТУРНЫХ ПАРАМЕТРОВ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХРОНОТИПА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В УСЛОВИЯХ ЗАПОЛЯРНОЙ ВАХТЫ 67

0155 СИНДРОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА, КОРРИГИРОВАННЫЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРОМ И ВЕРОЯТНОСТЬ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ 67

0156 ОДНОКАМЕРНАЯ ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИЯ ПРИ СИНДРОМЕ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА КАК ФАКТОР РИСКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ 68

0157 ГИПОАДИПОНЕКТИНЕМИЯ АССОЦИИРУЕТСЯ С НАРУШЕНИЕМ ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕЛЕЧЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 68

0158 СНИЖЕНИЕ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ СВЯЗАНОЕ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПАРАМЕТРАМИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 69

0159 ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ТИПЫ ЕГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП 69

0160 СВЯЗЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МУЖЧИН СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП 69

0161 ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ИЗОФЕРМЕНТА ЦИТОХРОМА Р-450 3А4 В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА 70

0162 КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ СПИРОНОЛАКТОНА ПРИ ЕГО РАННЕМ НАЗНАЧЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST. 70

0163 ВЛИЯНИЕ ПРИЕМА ФЕНОБАРБИТАЛА НА АКТИВНОСТЬ ИЗОФЕРМЕНТА ЦИТОХРОМА Р-450 3А4 В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА 70

0164 ВЗАИМОСВЯЗЬ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И АСИНХРОНИЗМА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМ АОТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ 71

0165 ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ЭНДЕМИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В РОССИИ – БОЛЬШОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ 71

0166 ПЛАЗМЕННЫЙ УРОВЕНЬ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА - ПРЕДИКТОР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИБС С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 72

0167 ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ ДО И ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 72

0168 ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 72

0169 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ГЕОМЕТРИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ 73

0170 ВЛИЯНИЕ ТРЁХМЕСЯЧНОЙ ТЕРАПИИ ВАРФАРИНОМ НА УРОВЕНЬ Д-ДИМЕРА ПРИ ТРОМБОЗАХ ГЛУБОКИХ ВЕН И ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ 73

0171 ИЗМЕНЕНИЕ СКОРОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ И СЕРДЕЧНО-ЛОДЫЖЕЧНОГО СОСУДИСТОГО ИНДЕКСА У ПАЦИЕНТОВ РАЗНОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА 74

0172 МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СТАТУС И ПАРАМЕТРЫ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ХСН ПРИ НОРМАЛЬНОЙ МАССЕ ТЕЛА И ОЖИРЕНИИ 74

0173 КОМПЬЮТЕРНОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИНСУЛЬТА И ИНФАРКТА МИОКАРДА 74

0174 ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ АОРТЫ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА 75

0175 ЛИПИДНЫЙ БАЛАНС, УРОВЕНЬ СУТОЧНОЙ УРИКОЗУРИИ И МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА ИШЕМИЧЕСКОЙ И НЕИШЕМИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ 75

0176 ОСОБЕННОСТИ АРИТМИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТРЕССОГЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ И ИНДИВИДУАЛЬНОЙ РЕАКТИВНОСТИ БОЛЬНОГО 76

0177 КОСТНОМОЗГОВЫЕ КЛЕТКИ – ПРЕДШЕСТВЕННИКИ И ВОЗНИКНОВЕНИЕ РЕСТЕНОЗА ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ СТЕНТОВ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ 76

0178 АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННЫМИ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРРЕКЦИЮ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ОПЕРАЦИЕЙ «ЛАБИРИНТ-3» В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ 76

0179 ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА И СТАТИНАМИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, В РАМКАХ ВТОРИЧНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВТОРНЫХ КОРОНАРНЫХ СОБЫТИЙ 77

0180 ИЗУЧЕНИЕ КОНТРОЛЯ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА (ХАРАКТЕР ПИТАНИЯ И ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ) У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, В РАМКАХ ВТОРИЧНОЙ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА И/ИЛИ ИНСУЛЬТА 77

0181 СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЖЕНЩИН С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ В КЛИМАКТЕРИИ 78

0182 ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 78

0183	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНЫХ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ТЕРАПИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ	78
0184	ГИПОТЕНЗИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, НАЗНАЧАЕМЫЕ ВРАЧАМИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	79
0185	ИНФЕКЦИЯ CHLAMYDIA PNEUMONIAE И ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШАЯ СТЕНОКАРДИЯ	79
0186	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТА «ДИАДЭНС-КАРДИО» У ЛИЦ С ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ	80
0187	ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАЗИЛИПОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАТУСА КУРЕНИЯ	80
0188	ОПТИМИЗАЦИЯ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ МЕЛКИХ ВЕТВЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ.	80
0189	ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПОПУЛЯЦИИ ТЮМЕНСКИХ ШКОЛЬНИКОВ	81
0190	РАДИОИЗОТОПНАЯ РЕНОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	81
0191	ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОМАКОРА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ	81
0192	КОНЦЕНТРАЦИЯ АСИММЕТРИЧНОГО ДИМЕТИЛАРГИНИНА И ПРОДУКТОВ МЕТАБОЛИЗМА ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	82
0193	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АЛЬТЕПЛАЗОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА	82
0194	ПОКАЗАТЕЛИ ВРЕМЕННОГО АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АКТИВНОЙ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЫ.	82
0195	ИЗУЧЕНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И БИОМЕХАНИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ С ФАКТОРАМИ РИСКА ИБС	83
0196	ВЛИЯНИЕ ИВАБРАДИНА НА МИОКАРДИАЛЬНУЮ ПЕРФУЗИЮ И КОРОНАРНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ	83
0197	НОВЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА	84
0198	ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА: ВОПРОСЫ КОМОРБИДНОСТИ И ТЕРАПИИ	84
0199	ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРЕ СЕСТРИНСКОГО УХОДА: ИЗУЧЕНИЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	84
0200	СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА И РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ В ТЕЧЕНИЕ 10-ЛЕТНЕГО ПЕРИОДА ИЗУЧЕНИЯ (эпидемиологическое исследование на основе программы ВОЗ“MONICA”)	85
0201	ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ НА РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ В ТЕЧЕНИЕ 10- ЛЕТНЕГО ПЕРИОДА ИЗУЧЕНИЯ (эпидемиологическое исследование на основе программы ВОЗ“MONICA”)	85
0202	10- ЛЕТНЕЕ ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДРЖКИ НА РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНСУЛЬТА В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ (эпидемиологическое исследование на основе программы ВОЗ“MONICA”)	86
0203	СКОРОСТЬ ПРОДВИЖЕНИЯ РАННЕГО ПОТОКА НАПОЛНЕНИЯ КАК ИНДИКАТОР ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	86
0204	КЛАССИФИКАЦИЯ ЭКСТРАСИСТОЛИИ ПО ФУНКЦИОНАЛЬНОМУ ЗНАЧЕНИЮ	87
0205	ВТОРИЧНАЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ЭКСТРАСИСТОЛИИ И НЕПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ МОБИТЦ I	87
0206	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОЗОМ КАРОТИДНОЙ БИФУРКАЦИИ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КАРОДИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ	87
0207	СВЯЗЬ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ СО СМЕРТНОСТЬЮ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА: РЕЗУЛЬТАТЫ 25-ЛЕТНЕГО ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ	88
0208	КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	88
0209	СИМПАТОАДРЕНАЛОВАЯ СИСТЕМА И КИНЕТИКА МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ	89
0210	ЭКГ-КАРТОГРАФИЧЕСКОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ОЧАГОВЫХ НАРУШЕНИЙ ПЕРФУЗИИ И ЖИЗНЕСПОСОБНОГО МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	89
0211	АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ АМИОДАРОНА И БИСОПРОЛОЛА ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ РЕЦИПРОКНЫХ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНЫХ ТАХИКАРДИЯХ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	89
0212	ПОЭТАПНАЯ РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОСТЕОПОРОЗЕ ЛИЦАМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ (ССС) В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ.	90
0213	ЗНАЧЕНИЕ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ОЦЕНКЕ ИСХОДА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2	90
0214	ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПРОНИЦАЕМОСТИ СТЕНОК КАПИЛЛЯРОВ И ПОСТКАПИЛЛЯРОВ НА СИСТЕМНОЕ КРОВООБРАЩЕНИЕ, РАБОТУ СЕРДЦА И СОСУДОВ	91
0215	ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СИТУАЦИОННЫХ ОБМОРОКОВ У БОЛЬНЫХ С НЕЙРОМЕДИАТОРНЫМИ ОБМОРОКАМИ	91
0216	ПЕЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОРОТКОГО ПРОТОКОЛА ТИЛТ-ТЕСТА С ПРИМЕНЕНИЕМ НИТРОГЛИЦЕРИНА В ДИАГНОСТИКЕ НЕЙРОМЕДИАТОРНЫХ ОБМОРОКОВ	92
0217	ПАРНЫЙ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЙ СТРЕСС-ТЕСТ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	92

0218 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ НЕБИЛЕТОМ И ПРЕСТАРИУМОМ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ: ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА, В ОСТРЫЙ И ПОДОСТРЫЙ ПЕРИОД, И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ ДОЛЕЧИВАНИЯ 93

0219 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕБИЛЕТА И БЕТАЛОК ЗОК В ПРОФИЛАКТИКЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ СЕРДЦА В РАННЕМ ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ 93

0220 СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗА И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НЕБИЛЕТОМ И ЗОКАРДИСОМ У ЛИЦ ОПЕРАТОРСКИХ ПРОФЕССИЙ 93

0221 ДЛИТЕЛЬНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ С КСАНТОМАТОЗОМ 94

0222 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И УРОВНЯ КОРТИЗОЛА КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 94

0223 ОБОСНОВАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ ЦИТАМИНОВ И ЭНЗИМОТЕРАПИИ В УОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПОСТИНФАРКТНОГО ГАСТРАКАРДИАЛЬНОГО СИНДРОМА НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ 94

0224 ВЛИЯНИЕ ПЕПТИДНЫХ РЕГУЛЯТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ 95

0225 ОЦЕНКА ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПАРОКСИЗМАХ НАДЖЕЛУДОЧКОВЫХ ТАХИКАРДИЙ ПО ДАННЫМ ИМПУЛЬСНО-ВОЛНОВОЙ ДОППЛЕРЭХОКАРДИОГРАФИИ 95

0226 ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, СТРАДАЮЩИХ ИБС, С УСТАНОВЛЕННОЙ ГРУППОЙ ИНВАЛИДНОСТИ 96

0227 АДЪЮВАНТНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 96

0228 АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА b2-АДРЕНОРЕЦЕПТОРА С ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЕТАКСОЛОЛА У БОЛЬНЫХ СМЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ 96

0229 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БЕТАКСОЛОЛА ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ ПРИ ХОЛТЕРОВСКОМ МОНИТОРИРОВАНИИ ЭКГ 97

0230 ВЛИЯНИЕ КВАДРОПРИЛА НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 97

0231 ОСОБЕННОСТИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 98

0232 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ КАРДИОМИОЦИТОВ С ДРУГИМИ ЛАБОРАТОРНЫМИ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ БОЛЬНЫХ МИОКАРДИТАМИ 98

0233 РОЛЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В МЕХАНИЗМЕ РАЗВИТИЯ РЕСТЕНОЗА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 99

0234 ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В ИНИЦИАЦИИ МЕХАНИЗМОВ ФОРМИРОВАНИЯ РЕСТЕНОЗА ПОСЛЕ ПЛАНОВОГО СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ 99

0235 ВЛИЯНИЕ ХАРТИЛА НА ТЕЧЕНИЕ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 99

0236 ВЛИЯНИЕ КОНКОРА НА ДИСФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 100

0237 МЕМБРАНОПРОТЕКТОРНАЯ ТЕРАПИЯ ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКИХ ЯВЛЕНИЙ В МИОКАРДЕ ПРИ ЭНДОТОКСИНЕМИИ 100

0238 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КОЛЛЕКТИВЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ г.МОСКВЫ 100

0239 ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ С ПОЗИЦИИ ПОПУЛЯЦИОННОГО ПОДДЕРЖАНИЯ ЦЕЛЕВОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ 101

0240 СУЩЕСТВУЕТ ЛИ ЛАБОРАТОРНАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К АСПИРИНУ И КЛОПИДОГРЕЛУ У БОЛЬНЫХ С КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОСЛЕ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ? 101

0241 ЧАСТОТА КОРОНАРНЫХ СОБЫТИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАКТОРОВ РИСКА И ВИДОВ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА. 102

0242 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ЭНАЛАПРИЛОМ И ПЕРИНДОПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ “ЭСКУЛАП” 102

0243 ХОУМИНГ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ 103

0244 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ТРАНСПЛАНТАЦИИ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ 103

0245 ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У ПОЖИЛЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ КОРДАФЛЕКСОМ РД И ЭНАЛАПРИЛОМ 104

0246 ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 104

0247 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ АЛЛИКОРОМ НА РИСК ФАТАЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОГЕННЫМИ ДИСЛИПО ПРОТЕИДЕМИЯМИ 104

0248 СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ЭРИТРОЦИТОВ И ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ 105

0249 ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ПОЧЕК РАЗНЫМИ МЕТОДАМИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 105

0250 ВЛИЯНИЕ «КЛАССИЧЕСКИХ» ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ, ПО ДАННЫМ ОДНОГОДИЧНОГО МОНИТОРИНГА 105

0251 ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ 106

0252 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ВЛИЯНИЕ НА ПРОЦЕССЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ АГОНИСТОВ АНГИОТЕНЗИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 106

0253 ВЛИЯНИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА НА УРОВЕНЬ СТРЕСС-РЕАКТИВНОСТИ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ 107

0254 АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ТУРБУЛЕНТНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ 107

0255 АНАЛИЗ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СЕЛЬСКИХ ВРАЧЕБНЫХ ПУНКТАХ 107

0256 ПОКАЗАТЕЛИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 108

0257 СИСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ СЕРДЦА И СОСТОЯНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 108

0258 ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ДИФФУЗНЫХ МИОКАРДИТАХ И ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ 109

0259 ВЛИЯНИЕ СЕРЕТИДА НА ПОКАЗАТЕЛИ СПЕКТРАЛЬНО-ВРЕМЕННОГО КАРТИРОВАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ И ЖЕЛУДОЧКОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 109

0260 СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЧЕЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ 109

0261 СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ ПО ХОЛТЕРУ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮИ С СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИЕЙ В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БИСОПРОЛОЛОМ И ИВАБРАДИНОМ 110

0262 ЧАСТОТА РЕГИСТРАЦИИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В ПОПУЛЯЦИИ ЛИЦ ЖЕНСКОГО ПОЛА ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА 110

0263 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БЕРЕМЕННЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ 110

0264 ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ БЕЗ ПОДЪЕМА ST У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ – ЛЕТАЛЬНОСТЬ В БОЛЬНИЦЕИ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ 1,5 ЛЕТ 111

0265 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У МУЖЧИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА – ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО ВОЕННОГО ОКРУГА 111

0266 ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ И АУТОАНТИТЕЛА К МИОКАРДУ У ПАЦИЕНТОВ С НАДЖЕЛУДОЧКОВЫМИ ТАХИАРИТМИЯМИ 112

0267 PPAR-АКТИВИЗИРУЮЩИЙ АНТАГОНИСТ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ 112

0268 ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА ПРИ АНТИФОСФОЛИПИДНОМ СИНДРОМЕ С НЕБАКТЕРИАЛЬНЫМ ТРОМБОТИЧЕСКИМ ЭНДОКАРДИТОМ 113

0269 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ КАРВЕДИЛОЛА И МЕТОПРОЛОЛА ТАРТРАТА (IR) ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 113

0270 ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ABCA1 ТРАНСПОРТЕРА В РАЗВИТИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА 113

0271 ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: ИНФОРМИРОВАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА 114

0272 МИКРОЦИРКУЛЯЦИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВЕЛОТРЕНИРОВОК 114

0273 ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ДАННЫХ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ КАРДИОТРОПНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ 115

0274 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА 115

0275 РОЛЬ ГЕН ГЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЭНДОТЕЛИНА-1, ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ NO-СИНТАЗЫ В ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ КАЗАХСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ 115

0276 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА LYS198ASN ГЕНА EDN1 РАЗВИТИЕМ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ КАЗАХСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ 116

0277 АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА b-ФИБРИНОГЕНА С РАЗВИТИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЛИЦ КАЗАХСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ 116

0278 ИЗУЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К РАЗВИТИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В КАЗАХСТАНЕ 116

0279 ЦИСТАТИН С И ПРЕДИКТОРЫ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 117

0280 ПОКАЗАТЕЛИ ПУЛЬСОВОГО ДАВЛЕНИЯ В ОСТРОЙ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОБЕ И ПРИ КУРСОВОМ ЛЕЧЕНИИ КАРВЕДИЛОЛОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 117

0281 ОСОБЕННОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ АКТИВНОМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ И ПОСТТУБЕРКУЛЁЗНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЛЁГКИХ 117

0282 ДИСПЕРСИЯ ИНТЕРВАЛА QT, ПОЗДНИЕ ПОТЕНЦИАЛЫ ЖЕЛУДОЧКОВ, ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С РАННИМИ СТАДИЯМИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 118

0283 ХАРАКТЕР ОСЛОЖНЕНИЙ И ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 118

0284 ЗНАЧЕНИЕ ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА И ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ 119

0285 ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЛИПИДОКИСЛЯЮЩИХ КАТАЛИТИЧЕСКИХ АНТИТЕЛ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА. 119

0286 ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ 119

0287 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА, УРОВНЯ ДЕПРЕССИИ У ЛИЦ ПОСЕЛКА АЭРОПОРТ 120

0288 ПАРОКСИЗМАЛЬНАЯ МЕРЦАТЕЛЬНАЯ АРИТМИЯ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ АССОЦИИРОВАНАЯ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОЗОМ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ 120

0289 ПЕРЕНОСИМОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОЙ НЕПРЕРЫВНОЙ И КУРСОВОЙ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АМИОДАРОНОМ 121

0290 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНЫМ ПРИРОСТОМ МАССЫ ТЕЛА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ 121

0291 ИНФОРМАТИВНЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 121

0292 HLA-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ 122

0293 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ, ОСЛОЖНЕННОЙ РАЗВИТИЕМ ИНФАРКТА МИОКАРДА 122

0294 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ЧАСТОТА НОВЫХ СЛУЧАЕВ НЕПОЛНОЙ БЛОКАДЫ ПРАВОЙ ВЕТВИ ПУЧКА ГИСА СРЕДИ МУЖЧИН ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ГОРОДСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ 123

0295 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ЧАСТОТА НОВЫХ СЛУЧАЕВ СИНДРОМА РАННЕЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ СРЕДИ МУЖЧИН ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ГОРОДСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ 123

0296 ВЫЖИВАЕМОСТЬ МУЖЧИН С НЕПОЛНОЙ БЛОКАДОЙ ПРАВОЙ ВЕТВИ ПУЧКА ГИСА ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ГОРОДСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ 124

0297 ВЫЖИВАЕМОСТЬ МУЖЧИН С СИНДРОМОМ РАННЕЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ГОРОДСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ 124

0298 ВЫЖИВАЕМОСТЬ МУЖЧИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЧАСТОТЫ СОКРАЩЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ГОРОДСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ ЗА 13 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ 124

0299 ВЛИЯНИЕ ЭПРОСАРТАНА НА УРОВЕНЬ МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ И ИНДЕКС ЭЛАСТИЧНОСТИ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 125

0300 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. ЧЕБОКСАРЫ 125

0301 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗОФЕНОПРИЛА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА 126

0302 ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ПРОТЕИНА С,НО НЕ NT-proBNP АССОЦИИРОВАН С ТЕЧЕНИЕМ ИБС У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ 126

0303 СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АД В ПОПУЛЯЦИИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЁЖИ: АСПЕКТЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 126

0304 О ФОРМИРОВАНИИ ГРУПП СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА СРЕДИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА 127

0305 ВЛИЯНИЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НА ТЕЧЕНИЕ И ТЕРАПИЮ ИБС 127

0306 ОСОБЕННОСТИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОСНАБЖЕНИЯ У МОЛОДЫХ С УЧЁТОМ СИСТЕМНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ 128

0307 ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ МОНИТОРИНГА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У МОЛОДЕЖИ 128

0308 ОЦЕНКА УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА 128

0309 ВЛИЯНИЕ РАДИОЧАСТОТНОГО КАТЕТЕРНОГО «ЛАБИРИНТА» НА ВЕГЕТАТИВНЫЙ БАЛАНС СЕРДЦА 128

0310 ДИНАМИКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ИВАБРАДИНОМ 129

0311 ИМПУЛЬСНЫЕ БАРОТРЕНИРОВКИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ 129

0312 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕВЕТЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В УСЛОВИЯХ НАПРЯЖЕННОЙ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ СМЕННОМ РЕЖИМЕ РАБОТЫ 130

0313 АКТИВНАЯ ОРТОПРОБА В КАЧЕСТВЕ МАРКЕРА АДЕКВАТНОСТИ ТРЕНИРОВОК БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭЛЕКТРОМИОСТИМУЛЯЦИИ, БАССЕЙНА, ВЕЛОТРЕНИРОВОК 130

0314 АНТИАРИТМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ РАМИПРИЛА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 131

0315 РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ИБС, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНВАЗИВНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ 131

0316 ОПЫТ АНДРОГЕНОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, МАНИФЕСТИРУЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ И ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ 131

0317 ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ИЗМЕРЕННОГО ПО МЕТОДУ Н.С. КОРОТКОВА 132

0318 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 132

0319 ВЗАИМОСВЯЗЬ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА 133

0320 МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПЛЕЙОТРОПНОГО ДЕЙСТВИЯ СТАТИНОВ НА РАЗВИТИЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА АОРТЫ У ЧЕЛОВЕКА 133

0321 ОСОБЫЙ ТИП КАЛЬЦИНОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ, НЕ СВЯЗАННЫЙ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМИ БЛЯШКАМИ 133

0322 СМЫСЛ ЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ КАК ФАКТОР РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ СОЦИАЛЬНЫМИ ПОЗИЦИЯМИ 134

0323 САМОАКТУАЛИЗАЦИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ СОЦИАЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ 134

0324 САМОАКТУАЛИЗАЦИЯ ЛИЧНОСТИ КАК ФАКТОР РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИМИ И РИТМОЛОГИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЕЙШЕГО ПЕРИОДА 135

0325 СМЫСЛ ЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ КАК ФАКТОР РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ 135

0326 РОЛЕВЫЕ ПАТТЕРНЫ ОТНОШЕНИЯ К ДРУГОМУ КАК ФАКТОР РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ СОЦИАЛЬНЫМИ ПОЗИЦИЯМИ 135

0327 РОЛЕВЫЕ ПАТТЕРНЫ ПАЦИЕНТОВ КАК ФАКТОР РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ 136

0328 ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ, ПРЕДШЕСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ 136

0329 СОЦИАЛЬНО–ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ДО ИНФАРКТА МИОКАРДА С РАЗЛИЧНЫМИ ТРИГГЕРНЫМИ ФАКТОРАМИ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ 137

0330 СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ, ПРЕДШЕСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ИНФАРКТА МИОКАРДА 137

0331 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЛАНОВЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ОРГАНАХ ЖИВОТА И МАЛОГО ТАЗА 138

0332 ВЛИЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ПРЕПАРАТОВ НА РИСК ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПЛАНОВЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ ЖИВОТА И МАЛОГО ТАЗА 138

0333 СНИЖЕНИЕ ТРАНСМИТРАЛЬНОГО И ТРАНСТРИКУСПИДАЛЬНОГО КРОВОТОКА (E/A<1,0) ПРИ ХОЛОДОВОЙ ПРОБЕ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ 139

0334 СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ 139

0335 ОСОБЕННОСТИ СОСУДИСТО-ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ИБС НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА 139

0336 АНГИОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ 140

0337 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАВИКСА У ПАЦИЕНТОВ С ИБС ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ НАБЛЮДЕНИИ В ТЕЧЕНИЕ ШЕСТИ МЕСЯЦЕВ 140

0338 ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КАРВЕДИЛОЛА И БИСО/ПРОЛОЛА НА ПЕРФУЗИЮ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 140

0339 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 141

0340 ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАРДИОСПЕЦИФИЧЕСКИХ ИЗОФОРМ If КАНАЛА 141

0341 ПРЯМЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ПРОВЕДЕНИЯ КАЛЬЦИЯ ЧЕРЕЗ HCN КАНАЛ И ЧЕЛЕОВЕЧЕСКИЙ НАТИВНЫЙ If КАНАЛ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ КОНЦЕНТРАЦИЯХ ИОНОВ КАЛЬЦИЯ 142

0342 ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПОВЕРХНОСТНЫМИ ПОТЕНЦИАЛАМИ СЕРДЦА И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 142

0343 ДИНАМИКА ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ПОЛЯ СЕРДЦА ПРИ ПРОВЕДЕНИЯ КОРОНАРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИИ В ПОСТОПЕРАТИВНОМ ПЕРИОДЕ 142

0344 СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДИУВЕРА И ФУРОСЕМИДА У БОЛЬНЫХ С%ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 143

0345 ВЫЯВЛЕНИЕ НАРУШЕНИЯ ВАЗОМОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С «МЯГКОЙ» АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ МЕТОДОМ ИЗМЕРЕНИЯ СКОРОСТИ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ 143

0346 ВЗАИМОСВЯЗЬ СОДЕРЖАНИЯ ТЕСТОСТЕРОНА И ИНФИЦИРОВАННОСТИ CHLAMYDIA TRACHOMATIS У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ 144

0347 ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ПРИ СТЕНОКАРДИИ 144

0348 ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЭПИЗОДОВ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ 144

0349 ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ 145

0350 ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОПАФЕНОНА У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВУРУЮЩИМИ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ 145

0351 ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА ТЕВЕТЕНА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 145

0352 ВОЗМОЖНОСТИ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В «ШКОЛЕ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ» 146

0353 ВОЗМОЖНОСТИ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ АССОЦИИРОВАННОЙ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 146

0354 АДАПТИВНАЯ СПОСОБНОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ СОХРАНЯЕТСЯ У «ЭЛИТНЫХ» СПОРТСМЕНОВ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ АКТИВНОГО ЗАНЯТИЯ СПОРТОМ 147

0355 ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В ОЦЕНКЕ РИСКА БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ 147

0356 ВОЗМОЖНОСТИ СТАТИНОВ В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕННОГО СУТОЧНОГО РИТМА И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ 147

0357 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ АЛТИАЗЕМОМ РР НА СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПОКАЗАТЕЛИ РЕГУЛЯТОРНЫХ СИСТЕМ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 148

0358 ВЗАИМОСВЯЗЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА И ВАЗОДИЛАТИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ 148

0359 ВЛИЯНИЕ ВАРИАНТОВ ГЕНА АПОЛИПОПРОТЕИНА A1 НА РИСК РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА 149
0360 ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОКСЕРОВ ВЫСОКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ 149
0361 ВЛИЯНИЕ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ТКАНЕВУЮ ОКСИГЕНАЦИЮ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ 149
0362 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПОД ВЛИЯНИЕМ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИЯМИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ 150
0363 ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ГЕМОРЕОЛОГИИ И СИСТЕМЫ NO-ЭНДОТЕЛИЙ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 150
0364 ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ФАКТОРА V АССОЦИИРОВАН С НАЛИЧИЕМ ТРОМБА В УШКЕ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У БОЛЬНЫХ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ 151
0365 СОСТОЯНИЕ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ И МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА 151
0366 НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СТЕНТОВ TAXUS В ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ИБС. 151
0367 НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ: ОЦЕНКА ШАНСОВ ПОСЛЕДУЮЩЕГО РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ПО ДАННЫМ ПОПУЛЯЦИОННОГО РЕГИСТРА 152
0368 ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 152
0369 ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ РИСК (ОР) УМЕРЕТЬ ОТ ИНФАРКТА МИОКАРДА МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ЗОН СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН 153
0370 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИИ МОНОЧИНКВЕ С КОНКОРОМ У БОЛЬНЫХ ХСН С СОХРАНЕННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ 153
0371 НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА ПРИ НАЛИЧИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА 153
0372 ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ, СОСТОЯЩИХ В БРАЧНЫХ ОТНОШЕНИЯХ И ПРОЖИВАЮЩИХ В ОДНОЙ ГОРОДСКОЙ КВАРТИРЕ (НЕОРГАНИЗОВАННОЕ НАСЕЛЕНИЕ) 154
0373 АТЕРОСКЛЕРОЗ И ГЕСТОЗ: ОБЩНОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА И НЕКОТОРЫХ ЗВЕНЬЕВ ПАТОГЕНЕЗА 154
0374 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ «СУХИХ» УГЛЕКИСЛЫХ ВАНН У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА: ДИНАМИКА ИНДЕКСА ВРЕМЕНИ ГИПЕРТЕНЗИ И ИНДЕКСА ГИПОТОНИИ 155
0375 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ «СУХИХ» УГЛЕКИСЛЫХ ВАНН У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА: ДИНАМИКА СТЕПЕНИ НОЧНОГО СНИЖЕНИЯ И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ 155
0376 ВЛИЯНИЕ МАССЫ ТЕЛА НА ЧАСТОТУ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОСТЕОПОРОЗА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ 155
0377 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БИОЦИДНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ И ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМОЙ ВАЗОРЕАКТИВНОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 156
0378 ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ 156
0379 СТРАТИФИКАЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА У СТУДЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 157
0380 ЭФФЕКТЫ КРАТКОСРОЧНОЙ ТЕРАПИИ ПИОГЛИТАЗОНОМ НА МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 157
0381 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА СВЯЗАНО С ВОСПАЛЕНИЕМ И ОКИСЛИТЕЛЬНЫМ СТРЕССОМ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 157
0382 ПРЕОБЛАДАНИЕ ГИПЕРЕМИЧЕСКОГО ТИПА МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ С НЕЛЕЧЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 158
0383 ХИРУРГИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ МИОКАРДА 158
0384 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ И ЛИПИДНЫЕ СДВИГИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 158
0385 ОЦЕНКА ГИПОТЕНЗИВНОГО ЭФФЕКТА И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА АМПРИЛАН (РАМИПРИЛ) В ДОЗЕ 5-10 МГ/СУТ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 159
0386 НОСИТЕЛЬСТВО АЛЛЕЛЯ 1846A ГЕНА CYP2D6 СВЯЗАНОС ПОВЫШЕНИЕМ КОНЦЕНТРАЦИИ МЕТОПРОЛОЛА В ПЛАЗМЕ КРОВИ ПРИ ЕГО ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 159
0387 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИАНГИНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ИЗОСОРБИДА МОНОНИТРАТА И ТРИМЕТАЗИДИНА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ 160
0388 ПОЛОВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ 160
0389 ИЗБЫТОЧНАЯ ГЕНЕРАЦИЯ АКТИВНЫХ ФОРМ КИСЛОРОДА И ИСТОЩЕНИЕ АНТИОКСИДАНТНОГО РЕЗЕРВА В ИШЕМИЗИРОВАННОМ МИОКАРДЕ КРЫС 160
0390 ФАРМАКОКИНЕТИКА КОЭНЗИМА Q10 161
0391 ПРИОРИТЕТЫ ПРОФИЛАКИ ССЗ В КОЛЛЕКТИВЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ г.МОСКВЫ 161
0392 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ РЕПЕРФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 161
0393 ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ РЕВМАТИЧЕСКИХ ПОРОКОВ СЕРДЦА 162
0394 ВСТРЕЧАЕМОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 162
0395 ОЦЕНКА РИСКА ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА 163

0396 ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА ЭНАП-Н У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 163

0397 ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С КАРДИАЛЬНОЙ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ 163

0398 МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ МАГНИТОЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 164

0399 ВЛИЯНИЕ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ ИНФАРКТУ МИОКАРДА СТЕНОКАРДИИ НА ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ 164

0400 ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ РАЗНЫХ ФОРМАХ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ 165

0401 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ФЕРМЕНТОВ ПУРИНОВОГО МЕТАБОЛИЗМА В ОЦЕНКЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 165

0402 РЕЗУЛЬТАТЫ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 165

0403 ДИСПЕРСИЯ ИНТЕРВАЛА QT У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ЕЕ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 166

0404 ЧАСТОТА АСПИРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ СОЧЕТАНИИ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ 166

0405 РОЛЬ СИСТЕМНОЙ ЭНЗИМОТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 166

0406 ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМЛОДИПИНА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА 167

0407 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА 167

0408 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 168

0409 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КОЛЛЕКТИВЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ г.МОСКВЫ 168

0410 РАССМОТРЕНИЕ СОЧЕТАНИЯ ПАТОЛОГИИ СЕРДЦА С РЕСПИРАТОРНЫМИ ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ 168

0411 ПОРАЖЕННОСТЬ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ ПО ДАННЫМ ПЛАНОВОЙ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ 169

0412 ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИИ АОРТОКОРОНАРНЫХ ШУНТОВ 169

0413 ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ТЕЧЕНИЕ ИБС НИЗКОГО РИСКА 170

0414 ХАРАКТЕР СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ПРИ КАЛЬЦИНИРОВАННОМ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ 170

0415 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА 170

0416 ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НЕБИВОЛОЛОМ И МОЭКСИПРИЛОМ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА И ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 171

0417 ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НЕБИВОЛОЛОМ И МОЭКСИПРИЛОМ НА ДИНАМИКУ ЭЛАСТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ АОРТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 171

0418 СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БЛОКАТОРОВ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ 171

0419 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ ЖЕНЩИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА 20-59 ЛЕТ г.СУМГАИТ 172

0420 ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА СРЕДИ МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В г.СУМГАИТ 172

0421 ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА В ОТДЕЛЬНОСТИ И В РАЗЛИЧНЫХ СОЧЕТАНИЯХ 172

0422 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ: ФОКУС НА СОСУДЫ 173

0423 АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ И КАРДИОПРОТЕКТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКВАТОРА У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 173

0424 ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ И РИТМА СЕРДЦА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН 173

0425 ОПЫТ САНАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ 174

0426 ОЦЕНКА СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ Q ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ С ДОБУТАМИНОМ 174

0427 СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИЯ С ДОБУТАМИНОМ У БОЛЬНЫХ БЕЗ Q ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 175

0428 ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ УРОВНЯ АПОЛИПОПРОТЕИНА Е С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ КАРОТИДНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У МУЖЧИН-КЫРГЫЗОВ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ 175

0429 КОРРЕКЦИЯ ПСИХОГЕННЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 176

0430 ГИБЕРНАЦИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА: КЛИНИКО-УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ 176

0431 ДИНАМИКА ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ г. ЯКУТСКА ЗА 1986-2004гг 176

0432 ИЗМЕНЕНИЕ МОРФОМЕТРИИ И ПАРАМЕТРОВ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ 177

0433 ВЛИЯНИЕ В-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ 2 И 3 ПОКОЛЕНИЯ НА ПАРАМЕТРЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 177

0434 НАРУШЕНИЕ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ 178

0435 ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST В СТАЦИОНАХ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ 178

0436 КАРДИОРЕНАЛЬНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИАЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНЗИЯХ 179

0437 ФАКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ПРОБЛЕМЫ УЛУЧШЕНИЯ ПРОГНОЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ 179

0438 ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И УРОВЕНЬ ИНСУЛИНОПОДОБНОГО ФАКТОРА РОСТА – 1 У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И БЕЗ НЕГО 179

0439 КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ НЕБИВОЛОЛОМ 180

0440 ВЗАИМОСВЯЗЬ МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ СО СРЕДНЕСУТОЧНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 180

0441 ПРИМЕНЕНИЕ ЛИМИТИРОВАННОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОРТАТИВНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО АППАРАТА НА КОНСУЛЬТАТИВНОМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ 180

0442 ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ HMG-CoA РЕДУКТАЗЫ НА ЧАСТОТУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПАРОКСИЗМОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 181

0443 ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА 181

0444 СКРИНИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЕФОРМИРУЕМОСТИ ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 182

0445 ЕЩЁ ОДИН МЕХАНИЗМ ПОВЫШЕНИЯ АГРЕГАЦИИ КЛЕТОЧНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ? РОЛЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ 182

0446 ИЗМЕНЕНИЕ АГРЕГАЦИИ ЛЕЙКОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНОЙ СУСПЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ПНЕВМОНИЯХ 182

0447 ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИИ МИКРОГЕМОДИНАМИКИ У ЗДОРОВЫХ ТРУДОСПОСОБНЫХ МИГРАНТОВ ВЫСОКИХ ШИРОТ 183

0448 ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ 183

0449 ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОЛИМОРФИЗМЫ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ТРОМБОЗАМИ, И ПРОГНОЗ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС 184

0450 ЗНАЧЕНИЕ ОБУЧАЮЩИХ ШКОЛ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЭТОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ 184

0451 ФЕРРИТИН КАК МАРКЕР ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 185

0452 ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ: БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ 185

0453 СТРУКТУРНО-ГЕОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ 185

0454 ВЗАИМОСВЯЗЬ ХАРАКТЕРИСТИК МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ, ГЕМОРЕОЛОГИИ И ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА 186

0455 ХАРАКТЕРИСТИКА АГРЕГАЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИИ СЕРДЦА 186

0456 ABC И VEN-АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ЗАТРАТ НА МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ТЕРАПИЮ ПОД ВЛИЯНИЕМ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 187

0457 ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЦИРКАДНОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ РАЗВИТИЯ «ЖЕСТКИХ» КОНЕЧНЫХ ТОЧЕК У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПО ДАННЫМ СЕМИЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ 187

0458 РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКГ-ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ПОРАЖЕНИИ СЕРДЦА ВИРУСАМИ ГРИППА И КОКСАКИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ 187

0459 ВЛИЯНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА ПРИ СОЧЕТАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ 188

0460 ВЗАИМОСВЯЗЬ ИНТЕНСИВНОСТИ ВНУТРИСОСУДИСТЫХ МЕЖКЛЕТОЧНЫХ СООТНОШЕНИЙ И УДЕЛЬНОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 188

0461 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 189

0462 ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ПО КРИТЕРИЯМ idf, 2005 189

0463 ХАРАКТЕРИСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АД ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ 189

0464 К ВОПРОСУ О ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОМ ЭФФЕКТЕ СОВРЕМЕННЫХ СТАТИНОВ В УСЛОВИЯХ РОССИЙСКОЙ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ 190

0465 ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРДЕСЕРДИЙ И СПОСОБЫ ЕЕ КОРЕЕКЦИИ 190

0466 АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХДО И ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ 190

0467 ДАННЫЕ РЕГИСТРА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ 191

0468 ПРИМЕНЕНИЕ ЦВЕТОИМПУЛЬСНОЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ СТРЕС-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ 191

0469 ПРЕДИКТОРЫ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ 192

0470 N-ТЕРМИНАЛЬНЫЙ ПРОМОЗГОВОЙ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИЙ ПЕПТИД И ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 192

0471	РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И N-ТЕРМИНАЛЬНЫЙ ПРОМОЗГОВОЙ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИЙ ПЕПТИД	192
0472	ИММУННЫЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	193
0473	СПОСОБЫ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	193
0474	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЖЕНЩИН С МЕНОПАУЗАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ В РАННЕЙ ПОСТМЕНОПАУЗЕ.	194
0475	ДИНАМИКА РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ФОНЕ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ	194
0476	РИСК РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ФОНЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ	194
0477	РОЛЬ АНТАГОНИСТОВ К РЕЦЕПТОРАМ АНГИОТЕНЗИНА II В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	195
0478	РИГИДНОСТЬ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	195
0479	ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	196
0480	ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	196
0481	ВЛИЯНИЕ РАННЕГО ПРИОБРЕТЕННОГО АНДРОГЕНОДЕФИЦИТА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИБС	197
0482	ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ПРИОБРЕТЕННЫМ АНДРОГЕНО-ДЕФИЦИТОМ	197
0483	ФИЗИЧЕСКИЕ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	197
0484	ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС И ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА	198
0485	СОСТОЯНИЕ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	198
0486	ВОЗМОЖНОСТИ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОЗИЦИИ НА КОРТОЧКАХ В ДИАГНОСТИКЕ ИБС	199
0487	ИНТЕГРАТИВНАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ БОЛЕЗНЯХ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ	199
0488	ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРИЧЕСКИХ, ВЯЗКОУПРУГИХ ХАРАКТЕРИСТИК И МАКРОЭРГИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ	199
0489	ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	200
0490	ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА НА ФОНЕ МУЗЫКОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ	200
0491	ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ХРОМОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ	200
0492	ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА	201
0493	СИНДРОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПРИ ГИПОМАГНИГИСТИИ	201
0494	КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	201
0495	ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ РЕСИНХРОНИЗАЦИЯ – НОВЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ВЫРАЖЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	202
0496	НЕОСЛОЖНЕННЫЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ КРИЗЫ (результаты лечения нифедипином)	202
0497	ДИСПЕРСИЯ ИНТЕРВАЛА Q-T И ЕГО ОТРЕЗКОВ И ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ МАРКЕРЫ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ	203
0498	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ДУПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СОСТОЯНИЯ МОЗГОВОГО КРОВОБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	203
0499	ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST У ПАЦИЕНТОВ СО СПОНТАННОЙ РЕПЕРФУЗИЕЙ СИМПТОМ-СВЯЗАННОЙ АРТЕРИИ	203
0500	НАРУШЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ БАРОРЕФЛЕКСА ПРИ АКТИВНОЙ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЕ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	204
0501	ОТСУТСТВИЕ РАЗЛИЧИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА	204
0502	ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ	204
0503	О НЕСТАБИЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ОСЦИЛЛЯТОРОВ В ОБЩЕПРИНЯТЫХ СПЕКТРАЛЬНЫХ ДИАПАЗОНАХ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ И ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ (НЕПРЕРЫВНЫЙ ВЕЙВЛЕТ-АНАЛИЗ)	205
0504	УРОВНИ ЛЕПТИНА И РЕЦЕПТОРОВ К ЛЕПТИНУ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	205
0505	КОРРЕЛЯЦИЯ ВРЕМЕННЫХ И СПЕКТРАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА ОПРЕДЕЛЕННЫХ ПО ЗАПИСЯМ ЭКГ РАЗНОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ I И II СТ.	205
0506	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭГИЛОКА РЕТАРД И ДИЛТИАЗЕМА НА ВРЕМЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 1-2 СТАДИИ	206
0507	ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	

	ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	206
0508	АНТИРЕМОДЕЛИРУЮЩАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНАЛАПРИЛА У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ	207
0509	КРЕАТИН ФОСФАТ НАТРИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	207
0510	ПОТЕНЦИАЛЬНО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИИ ПРИ ПОСТОЯННОЙ ФОРМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ	208
0511	ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ Q-ВОЛНОВЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ	208
0512	ВОЗМОЖНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С УЧЕТОМ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ МАРКЕРОВ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ	208
0513	ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ И СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКОЙ АНГИОГРАФИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ ПРОЯВЛЯЮЩИХСЯ СИНДРОМОМ РАСШИРЕНИЯ СОСУДИСТОГО ПУЧКА СРЕДОСТЕНИЯ	209
0514	ПРИМЕНЕНИЕ СТАТИНОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ ЦЕРЕБРО-ВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ	209
0515	РАННИЕ МАРКЕРЫ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО–СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	210
0516	ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА	210
0517	СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ КАРДИАЛЬНЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST	210
0518	ЭНДОТОКСИН И СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ	211
0519	К ВОПРОСУ О НОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЯХ В КАРДИОЛОГИИ: КОМПЬЮТЕРНЫЕ МЕТОДЫ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СОЧЕТАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВКЛЮЧАЮЩИХ ПАТОЛОГИЮ СЕРДЦА И ПОЧЕК, У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ	211
0520	ФАКТОРЫ ПРИВОДЯЩИЕ К УДЛИНЕНИЮ ИНТЕРВАЛА QT У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИП 1	212
0521	ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ И ЕСТЕСТВЕННОЙ МЕНОПАУЗОЙ	212
0522	ТРОМБОТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО РИСКА	213
0523	ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АПРОВЕЛЯ (ИРБЕСАРТАН) ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	213
0524	ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПЕРИНДОПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	213
0525	ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА РАННИХ СТАДИЯХ	214
0526	АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В УСЛОВИЯХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ	214
0527	СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	214
0528	НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ТИПОМ ОЖИРЕНИЯ	215
0529	ИЗМЕНЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА И ДЛИТЕЛЬНОСТИ ТЕЧЕНИЯ	215
0530	СОСТОЯНИЕ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИБС, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ПОЛНОЙ БЛОКАДЫ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА	216
0531	ВЛИЯНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ У ПАЦИЕНТОК С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ	216
0532	ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА:УЧИТЫВАТЬ ЛИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС?	216
0533	ПАРАМЕТРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЛВП-ОПОСРЕДОВАННУЮ АКЦЕПЦИЮ ХОЛЕСТЕРИНА ИЗ КЛЕТОК ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ТКАНЕЙ ПРИ ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИЯХ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ХОЛЕСТЕРИНА ЛВП	217
0534	ОПЫТ ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА В НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ	217
0535	ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У РАБОТНИКОВ СТРЕССОВЫХ ПРОФЕССИЙ	218
0536	СОСУДЫ КАК ОРГАН-МИШЕНЬ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	218
0537	СУБКЛИНИЧЕСКИЙ ГИПОТИРЕОЗ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ: ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ	218
0538	КОМБИНАЦИЯ ДИГИДРОПИРИДИНОВЫХ И НЕДИГИДРОПИРИДИНОВЫХ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ КАК РАЦИОНАЛЬНАЯ СХЕМА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ	219
0539	ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОДЕРЖАНИЯ ПАРАТИРЕОДНОГО ГОРМОНА В КРОВИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	219
0540	ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИБС У ЖЕНЩИН	220
0541	ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ВЫЯВЛЕНИЯ СЕГМЕНТАРНЫХ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ПО ДАННЫМ ПЕРФУЗИОННОЙ СЦИНТИГРАФИИ	220
0542	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛИЗИНОТОНА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	220
0543	ПРИМЕНЕНИЕ ЛАМОТРИДЖИНА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ	221
0544	ВЛИЯНИЕ ПРЕДЫНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИИ НА РАЗМЕР ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА	221
0545	ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА И ДИСФУНКЦИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	222
0546	ВЫРАЖЕННОСТЬ ГИПОКСЕМИИ И ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ	

	ГИПЕРТЕНЗИИ И СИНДРОМЕ АПНОЭ ВО СНЕ	222
0547	ПОВЫШЕННАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ – НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ФАКТОР ДЛЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ	222
0548	ОСОБЕННОСТИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ: ВЗАИМОСВЯЗЬ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА И СКОРОСТИ КРОВОТОКА	223
0549	ДИНАМИКА ДИСПЕРСИИ КОРРИГИРОВАННОГО ИНТЕРВАЛА QT ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИИ	223
0550	ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ И ИДИОПАТИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МИОПАТИЯХ	224
0551	КВАРТИЛЬНЫЙ АНАЛИЗ (ПО СКОРОСТИ NA/LI-ПРОТИВОТРАНСПОРТА В МЕМБРАНЕ ЭРИТРОЦИТА) ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И СМЕРТНОСТИ В ДЛИТЕЛЬНО НАБЛЮДАЕМОЙ ОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ	224
0552	ИНСУЛИНОТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	225
0553	ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ Q-ИНФАРКТА МИОКАРДА ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРЫМ ПСИХОЗОМ	225
0554	АНАЛИЗ СОПОСТАВИМОСТИ КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ДАННЫХ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	225
0555	КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЕНЛАФАКСИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	226
0556	ВЛИЯНИЕ КОМПЕНСАЦИИ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА НА ЦИРКАДНЫЙ РИТМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	226
0557	АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ПО МАТЕРИАЛАМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ БСМП	227
0558	ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У БЕРЕМЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА	227
0559	ИНФАРКТ МИОКАРДА И РАННИЙ ПОСТИНФАРКТНЫЙ ПЕРИОД: КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ МИОКАРДА, ВОЗМОЖНОСТИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ	227
0560	ПОКАЗАТЕЛИ КАРДИО- И ГЕМОДИНАМИКИ, ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ И КОСТНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОК С КАЛЬЦИФИКАЦИЕЙ БРЮШНОЙ АОРТЫ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ	228
0561	ВАЗОАКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ КАЛЬЦИЙРЕГУЛИРУЮЩИХ ГОРМОНОВ У ЖЕНЩИН С ОСТЕОПОРОЗОМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ	228
0562	ВАЗОАКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ АЛЬФАКАЛЬЦИДОЛА У ПАЦИЕНТОК С НАРУШЕНИЕМ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ	229
0563	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЕНДРОНАТА (ФОСАМАКСА) ПРИ ТРАДИЦИОННОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА И ПРИ ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКЕ ПАЦИЕНТОК С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.	229
0564	ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР ПЛАЗМЫ КРОВИ И СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ	230
0565	КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ТИПИЧНОЙ ПРАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В СТАЦИОНАРАХ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ	230
0566	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В ТРЕХ ВОСТОЧНО-ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАНАХИ ЕЕ СВЯЗЬ С СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ	231
0567	СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС, КАК ОДИН ИЗ СТИМУЛЯТОРОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА	231
0568	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАФЕРОНА ЛБ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	231
0569	АССОЦИАЦИЯ ИНСЕРЦИОННО-ДЕЛЕЦИОННОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА СО СТРУКТУРНЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ	232
0570	ЦИТОКИНЫ И ИНФЕКЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ	232
0571	ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ КАРВЕДИЛОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА	233
0572	ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ЖЕНЩИН СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В РАЗНЫХ ФАЗАХ КЛИМАКСА	233
0573	ИЗУЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ПРИРОДЫ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ: НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И НОВЫЕ ПОДХОДЫ	234
0574	ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И РИГИДНОСТИ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕ 75 ЛЕТ НА ФОНЕ МОНОТЕРАПИИ ИНДАПАМИДОМ РЕТАРД	234
0575	ОЦЕНКА СОБЛЮДЕНИЯ СТАНДАРТОВ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ	234
0576	СНИЖЕНИЕ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ С ПОМОЩЬЮ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА	235
0577	АНАЛИЗ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ (ПО ДАННЫМ ИЗУЧЕНИЯ АМБУЛАТОРНЫХ КАРТ)	235
0578	ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И КОРРЕКТНОСТИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ	236
0579	ВЗАИМОСВЯЗИ ЛИПИДНОГО И БЕЛКОВОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ (по данным многофакторного анализа)	236
0580	ЛИПИДНЫЙ И УГЛЕВОДНЫЙ ОБМЕН: ЗАВИСИМОСТИ У МУЖЧИН ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ (по данным многофакторного анализа)	236

0581 ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БЕЛКОВОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ К ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, САХАРНОМУ ДИАБЕТУ 237

0582 ЗАВИСИМОСТИ ПАРАМЕТРОВ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА И ГЕМОДИНАМИКИ У МУЖЧИН ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ К САХАРНОМУ ДИАБЕТУ 237

0583 ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СВОЙСТВА АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ С ГИПЕРТОНИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ 238

0584 ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР СЫВОРОТКИ КРОВИ И ФОСФОЛИПИДНЫЙ СОСТАВ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 238

0585 ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАМИПРИЛА АМПРИЛАНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ИБС И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ II-III ст. В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ 238

0586 ОЦЕНКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ У НОРМОТЕНЗИВНЫХ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ НАСЛЕДСТВЕННУЮ ОТЯГОЩЕННОСТЬ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 239

0587 ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СЕЛЕКТИВНОГО АНКСИОЛИТИКА АФОБАЗОЛА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 239

0588 ОЦЕНКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НА ФИЗИЧЕСКУЮ НАГРУЗКУ С ПОМОЩЬЮ СТРЕСС-ЭХОКГ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 240

0589 ЛЕЧЕНИЕ ПРЕПАРАТАМИ УДХК БОЛЬНЫХ С АТЕРОГЕННОЙ ДИСЛИПИДЕМИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ (НАСГ) 240

0590 ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КВАДРОПРИЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 240

0591 МУТАЦИИ ГЕНА АПОЛИПОПРОТЕИНА В-100 У РОССИЙСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ВЫРАЖЕННОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ 241

0592 КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ЖЕНЩИН С ИБС И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ 241

0593 АНАЛИЗ СУТОЧНОЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА 241

0594 ОЦЕНКА УПРУГОЭЛАСТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ АРТЕРИЙ НА РАННИХ СТАДИЯХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 242

0595 КЛИНИЧЕСКИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ «СЕМЕЙНОЙ» АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 242

0596 ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭКСТРЕННОЙ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ И ИНТРАКОРОНАРНОГО ТРОМБОЛИЗИСА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ ST 243

0597 ПРИМЕНЕНИЕ 24-ЧАСОВОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ И ИНТРАКОРОНАРНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST 243

0598 ПЛЕЙОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ АТОРВАСТАТИНА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 244

0599 ЭЛЕКТРОФОРЕТИЧЕСКАЯ ПОДВИЖНОСТЬ ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В ПРОЦЕССЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ АУТОГЕМОМАГНИТОТЕРАПИИ 244

0600 ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 244

0601 КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И ОСОБЕННОСТЕЙ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ЛИЦ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 245

0602 ОСОБЕННОСТИ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ И НЕКОТОРЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ МОЗГА 245

0603 АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ НАГРУЗОЧНОГО ТЕСТА У ЖЕНЩИН С БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА 246

0604 МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ВЕТЕРАНОВ СПОРТА 246

0605 МИОКАРД МЫШЕЙ MDX КАК МОДЕЛЬ КАРДИОМИОПАТИИ 246

0606 17-ЛЕТНИЙ МОНИТОРИНГ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМЕРТНОСТИ ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ 247

0607 ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ПАТОЛОГИЕЙ ПЕЧЕНИ 247

0608 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ АНТАГОНИСТАМИ ВИТАМИНА К У БОЛЬНЫХ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ (ПО ДАННЫМ ПЯТИЛЕТНЕГО ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ) 248

0609 СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕНИ ПРОШЕДШЕГО С НАЧАЛА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА 248

0610 ВЗАИМОСВЯЗЬ СИНДРОМА УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT И ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ) 248

0611 ПРОГНОЗИРОВНИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАЖА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 249

0612 РОЛЬ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ ПРЕДРАБОЧЕГО ОСМОТРА В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНИКОВ 249

0613 ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ВИТАМИННОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ 250

0614 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ТЕСТОСТЕРОНА УНДЕКАНОАТОМ НА ФАКТОРЫ РИСКА КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С АНДРОГЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ 250

0615 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ ТЕСТОСТЕРОНА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И АНДРОГЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ 250

0616 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕФИЦИТА АНДРОГЕНОВ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ

	ПАТОЛОГИЕЙ	251
0617	ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	251
0618	МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ПРЕДИКТОР НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС С ВЫРАЖЕННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	251
0619	КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НАЛИЧИЯ ИНОТРОПНОГО РЕЗЕРВА МИОКАРДА В ЗОНЕ ПАПИЛЛЯРНЫХ МЫШЦ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	252
0620	АНТИАНГИНАЛЬНАЯ И АНТИИШЕМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ПЕРИНДОПРИЛА И ЭНАЛАПРИЛА И АНТАГОНИСТА РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II ВАЛСАРТАНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	252
0621	ПОКАЗАТЕЛИ УПРУГОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ ИБС: СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ II-III ФК	253
0622	ИЗМЕНЕНИЕ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ПРИСТУПНЫЙ ПЕРИОД	253
0623	ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ФАКТОРОВ РИСКА У ПРИШЛЫХ И КОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА	253
0624	ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ВЕДЕНИЕ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА	254
0625	ВЛИЯНИЕ ОБУЧЕНИЯ НА УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	254
0626	ФАКТОРЫ РИСКА КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ИХ КОРРЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	255
0627	ВЛИЯНИЕ ЭНАЛАПРИЛА, ЛОЗАРТАНА И ИХ КОМБИНАЦИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ТРАНСМИТРАЛЬНОГО ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ПОТОКА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	255
0628	СООТНОШЕНИЕ РЕ- И ДЕПОЛЯРИЗАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ В НОРМЕ, ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ БЛОКАДАХ ПО ДАННЫМ ЭКГ	255
0629	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ – КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ	256
0630	ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ МОНО И КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	256
0631	ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТЫ ПЕРИНДОПРИЛА НА ЦЕРЕБРАЛЬНУЮ РЕАКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И КАЛЬЦИНОЗОМ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА	257
0632	СКОРОСТЬ РАЗВИТИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОГО ЭФФЕКТА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ	257
0633	РОЛЬ САМОКОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ОЦЕНКЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЭКВИВАЛЕНТНОСТИ ДВУХ ПРЕПАРАТОВ ФОЗИНОПРИЛА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ	257
0634	ВЛИЯНИЕ ДЕПРЕССИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	258
0635	ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	258
0636	ЧАСТОТА И ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ БЕССИМПТОМНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА СОННЫХ АРТЕРИЙ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ	259
0637	ДИНАМИКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЦА И КРУПНЫХ СОСУДОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ	259
0638	ВЛИЯНИЕ ФЛОГЭНЗИМА НА УРОВНИ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ	259
0639	ВЛИЯНИЕ ЦИКЛОФЕРОНА НА ИММУННЫЙ СТАТУС И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ МИОКАРДИТАМИ	260
0640	ОЦЕНКА РИСКА ИБС С ПОМОЩЬЮ КОМБИНАЦИИ ТРАДИЦИОННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА И ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ	260
0641	СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ФАКТРЫ РИСКА И ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.	261
0642	РОЛЬ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	261
0643	ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, ГЕМОДИНАМИКА И УРОВЕНЬ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У ЖЕНЩИН С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА	261
0644	ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	262
0645	ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	262
0646	ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	262
0647	РОЛЬ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА В ФОРМИРОВАНИИ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	263
0648	ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	263
0649	ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И КАРДИАЛГИИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН	264
0650	ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ	264
0651	ОСОБЕННОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С ВЫСОКИМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	264
0652	АНАЛИЗ ОФОРМЛЕНИЯ ПОСМЕРТНОГО ДИАГНОЗА КАК ФАКТОРА, ФОРМИРУЮЩЕГО	

	СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ (НА ПРИМЕРЕ Г.РЯЗАНИ)	265
0653	ИБС В СТРУКТУРЕ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ 6-МЕСЯЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В Г.РЯЗАНИ)	265
0654	СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕТРЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА ПЛАЗМЫ КРОВИ	266
0655	СВЯЗЬ РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЕЙ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ С КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	266
0656	ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВРЕМЕННОГО И СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ	266
0657	ПРОГНОЗ ТЕЧЕНИЯ НЕКОТОРЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА ТАШКЕНТА И ОБЛАСТЕЙ РЕСПУБЛИКИ	267
0658	ВЛИЯНИЕ БЕТА-БЛОКАТОРОВ НА УРОВЕНЬ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ ПРИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ	267
0659	СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ	268
0660	ВЛИЯНИЕ АТОРВАСТАТИНА НА ЭЛАСТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА СОСУДОВ, ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ, МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ И УРОВЕНЬ N–КОНЦЕВОГО ПРЕДШЕСТВЕННИКА МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	268
0661	СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В АССОЦИАЦИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	268
0662	РЕГИСТР ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В ТОМСКЕ. ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗА 1984-2006гг.	269
0663	ОСНОВНЫЕ МАРКЕРЫ ЖЁСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ С АГ 1-2 СТЕПЕНИ	269
0664	ЗНАЧЕНИЕ КАЛЛИКРЕИН-КИНИНОВОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	270
0665	ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ И ВЗВАИМОСВЯЗЬ С НАРУШЕНИЕМ ЭКСТРАКАРДИАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА	270
0666	ОСОБЕННОСТИ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	270
0667	ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ УРОВНЕЙ ОСТРОФАЗНЫХ БЕЛКОВ И НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ИБС С ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ	271
0668	ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ И РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	271
0669	ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ НА ЕЕ СОСТОЯНИЕ	272
0670	ПАЦИЕНТ С ХСН И ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: НЕ УХУДШИТ ЛИ ТЕРАПИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ ПРОЯВЛЕНИЯ ПЕРЕМЕЖАЮЩЕЙСЯ ХРОМОТЫ	272
0671	МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	272
0672	БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	273
0673	ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ И АТОРВОСТАТИНОМ НА ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ВЫСОКИМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	273
0674	ЭЛАСТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА СТЕНКИ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГРУППЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА	273
0675	ПАРАМЕТРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГРУППЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	274
0676	СУММАРНЫЙ КОРОНАРНЫЙ РИСК У ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКИМ СТРЕССОМ	274
0677	ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА НА РАЗВИТИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ СЕРДЦА У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	275
0678	ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ И СУММАРНЫЙ КОРОНАРНЫЙ РИСК У МУЖЧИН СО СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	275
0679	КОРРЕКЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ИНГИБИТОРАМИ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСТАТОЧНОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК	275
0680	СНИЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ НА ФОНЕ ПРИЕМА МЕТОПРОЛОЛА У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН	276
0681	ПРИМЕНЕНИЕ ФАЗОВЫХ ИЗОБРАЖЕНИЙ ПЕРФУЗИОННОЙ ОДНОФОТОННОЙ ЭМИССИОННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ИССЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ, КОТОРЫМ ПРЕДЛОЖЕНА РЕСИНХРОНИЗАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ	276
0682	ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОНОТЕРАПИИ БИСОПРОЛОЛОМ У БОЛЬНЫХ ХСН С СОХРАНЕННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ	277
0683	ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТИ НА РАННИХ СТАДИЯХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	277
0684	РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ НЕКОТОРЫХ КОМПОНЕНТОВ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА И ВОПРОСЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ АНТИТРОМБОЦИТАРНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	277
0685	ОККЛЮЗИИ КОРОНАРНЫХ СТЕНТОВ В ТЕНДЕРНОМ АСПЕКТЕ	278
0686	ВЛИЯЕТ ЛИ ВОЗРАСТ НА ПРОТЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ ПРЕДЫНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА?	278
0687	РОЛЬ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В РАЗВИТИИ НЕКОРОНАРОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МИОКАРДА	279

0688 ЦИТОТОКСИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ЦИТОКИНОВ И ИХ РОЛЬ В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ МИОКАРДИТОМ 279

0689 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, ОСЛОЖНЕННАЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ НОСОВЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ 279

0690 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ КОБАЛЬТ ХРОМОВЫХ СТЕНТОВ И СТЕНТОВ ПОКРЫТЫХ СИРОЛИМУСОМ. 280

0691 ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ВЫРАЖЕННОСТЬЮ АПОПТОЗА, ДОСТИЖЕНИЕМ ЦЕЛЕВОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, СКОРОСТЬЮ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ И ФУНКЦИЕЙ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК 280

0692 ФАТАЛЬНЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА: ФАКТОРЫ РИСКА И ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТЕЛЬНЫХ ИСХОДОВ В ОСТРОМ И ПОДОСТРОМ ПЕРИОДАХ 281

0693 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ И ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ 281

0694 РЕОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КРОВИ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ФОРМАМИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ СОЛНЕЧНОЙ АКТИВНОСТИ 282

0695 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ТЕРАГЕРЦОВОГО ДИАПАЗОНА НА ЧАСТОТАХ МОЛЕКУЛЯРНОГО СПЕКТРА ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ СТЕНОКАРДИИ 282

0696 СЕЗОННЫЕ БИОРИТМЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ 283

0697 ВЛИЯНИЕ НИКОТИНА НА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ В ПОПУЛЯЦИОННОМ ИССЛЕДОВАНИИ 283

0698 ЛОГИТ-РЕГРЕССИОННАЯ МОДЕЛЬ ВЕРОЯТНОСТИ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ 283

0699 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШУЮ СТЕНОКАРДИЮ 284

0700 ЛИМФОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНАЯ АДГЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ПРИ КЕТОАЦИДОЗЕ 284

0701 СОСТОЯНИЕ СИСТЕМНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ЛИЦ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ 284

0702 ПРИМЕНЕНИЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОСЛЕ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА В ОСТРЕЙШЕМ ПЕРИОДЕ ПЕРВИЧНОГО КРУПНООЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА 285

0703 УРОВЕНЬ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА-b1 И ПОКАЗАТЕЛИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА 285

0704 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ АТАКАНДОМ И ЭНАЛАПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ 286

0705 ОПЫТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ВЫБОРА ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ ВИДОВ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ИБС 286

0706 ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ШКОЛЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ 286

0707 ДОСТУПНОСТЬ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ (по материалам анкетирования) 287

0708 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ II-IV ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА С НАЧАЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ МИЛЛИМЕТРОВОГО ДИАПАЗОНА 287

0709 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНЫМ СОЧЕТАНИЕМ КЛАСТЕРОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА 288

0710 ОЦЕНКА ИНДИВИДУАЛЬНОГО 10-ЛЕТНЕГО ФАТАЛЬНОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ПО ТАБЛИЦЕ SCORE ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА 288

0711 СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ И ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ 289

0712 НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 289

0713 АНАЛИЗ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЁННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 289

0714 ОЦЕНКА ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ 290

0715 РОЛЬ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ В ИНИЦИИРОВАНИИ СРЫВА РИТМА У БОЛЬНЫХ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ 290

0716 ВЛИЯНИЕ ДИНИТРОЗИЛЬНОГО КОМПЛЕКСА ЖЕЛЕЗА НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА И ФУНКЦИИ ИШЕМИЗИРОВАННОГО СЕРДЦА КРЫСЫ 291

0717 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ НЕБИЛЕТА У БОЛЬНЫХ ГЕТЕРОТОПНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ 291

0718 ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ ПО ДАННЫМ МНОГОПРОФИЛЬНОГО АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ 292

0719 ВЛИЯНИЕ МОДИФИКАЦИИ ЖИРОВОГО СОСТАВА ДИЕТЫ НА ФАКТОРЫ РИСКА СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА 292

0720 СЕГМЕНТАРНАЯ ФУНКЦИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИБС С БЛОКАДАМИ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ПРИ ДОБУТАМИНОВОЙ СТРЕСС- ДОППЛЕР-ЭХОКАРДИОГРАФИИ 292

0721 К ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА 293

0722 ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО

	СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА У КУРЯЩИХ И НЕКУРЯЩИХ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	293
0723	ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	294
0724	ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА И ЛИХОРАДКИ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА ПРИ БАРТОНЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ В РОССИИ	294
0725	ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС ПО ДАННЫМ 48-ЧАСОВОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ	294
0726	ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ СЕРДЦА: ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	295
0727	РОЗУВАСТАТИН И ФЕНОФИБРАТ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2: ВЛИЯНИЕ НА ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР И МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ.	295
0728	ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ВЕЛИЧИНА ДОБАВОЧНОГО РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	296
0729	КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ГЕНОВ РЕГУЛЯТОРОВ ВОДНО-СОЛЕВОГО ОБМЕНА, СОСУДИСТОГО ГОМЕОСТАЗА И СИГНАЛЬНОЙ ТРАНСДУКЦИИ НА РАЗВИТИЕ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	296
0730	ТЯЖЕСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИИ ЕЕ СВЯЗЬ С КОЛИЧЕСТВЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ БЕЛКОВ ЦИТОСКЕЛЕТА ЭРИТРОЦИТОВ	296
0731	ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	297
0732	ВЛИЯНИЕ ТИМОЛОЛА И АМЛОДИПИНА НА ЭКСКРЕЦИЮ КАТЕХОЛАМИНОВ У БОЛЬНЫХ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА	297
0733	ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАЗОМОТОРНОЙ ФУНКЦИИ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	297
0734	НЕОБХОДИМОСТЬ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ С КАРДИОРЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИЕЙ	298
0735	СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗИЛТА И ПЛАВИКСА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST	298
0736	АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И ОСОБЕННОСТЕЙ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ПОРЯДКЕ СКОРОЙ ПОМОЩИ В МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР	298
0737	ВЛИЯНИЕ КАРДОСА НА КЛИНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	299
0738	ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ В 2006-2007 ГОДУ	299
0739	ВЛИЯНИЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ПАЦИЕНТОК С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ	300
0740	О СООТНОШЕНИИ НАТРИЯ И КАЛИЯ В МОЧЕ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ЕГО КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ	300
0741	АДАПТОФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОКИНЕТИКИ КАПТОПРИЛА	300
0742	ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА И МЕДИАТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБАХ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	301
0743	ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У МУЖЧИН С РАННИМ ПРИОБРЕТЕННЫМ АНДРОГЕНОДЕФИЦИТОМ	301
00744	МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С УЧЕТОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПОЧЕЧНОГО РЕЗЕРВА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	302
0745	ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ НА СОСТОЯНИЕ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	302
0746	РАЗЛИЧНЫЕ СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ КИСЛОРОДТРАНСПОРТНОЙ ФУНКЦИИ КРОВИ И ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	302
0747	ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗЕЙ ПАРАМЕТРОВ МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	303
0748	ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НА ФОНЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА	303
0749	КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ ПЕРФУЗИОННЫМ ДЕФИЦИТОМ И ПОКАЗАТЕЛЯМИ СТЕПЕНИ ПЕРЕГРУЗКИ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ	304
0750	ИЗУЧЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРА ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА b В МИОКАРДЕ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	304
0751	ИЗУЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА С677Т ГЕНА МЕТИЛЕНТЕТРАГИДРОФОЛАТРЕДУКТАЗЫ (MTHFR) У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	304
0752	ПОПУЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ У ЛИЦ С НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТЬЮ К УГЛЕВОДАМ	305
0753	КЛИНИЧЕСКАЯ И ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИЕЙ В ШКОЛАХ ЗДОРОВЬЯ НА КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ПРЕДПРИЯТИИ	305
0754	ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ НА РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТИ В ОТКРЫТОЙ ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ТЮМЕНИ	306
0755	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОТБОРЕ ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	306
0756	ИЗМЕНЕНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В УСЛОВИЯХ НАРУШЕННОГО КАРОТИДНОГО КРОВОТОКА	306
0757	УРОВНИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ И ХЕМОАТТРАКТАНТОВ В КРОВИИ В СОСУДИСТОЙ СТЕНКЕ ПРИ КОРОНАРНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ	307

0758 АНАЛИЗ ДИСПАНСЕРНОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 307

0759 ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЕРВОЙ СТАДИИ И НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ ПО ГИПЕРТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ 308

0760 ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ 308

0761 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСТПЕРИКАРДИОТОМНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ 308

0762 ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ 309

0763 ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В ИНВАЗИВНЫХ И НЕИНВАЗИВНЫХ СТАЦИОНАРАХ. ПЕРВЫЕ ДАННЫЕ РОССИЙСКОГО РЕГИСТРА «РЕКОРД» 309

0764 ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПОДВЕРГШИХСЯ ИНВАЗИВНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА 310

0765 РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ИОНОТРАНСПОРТА КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С МАЛОЙ МАССОЙ ТЕЛА 310

0766 ВЛИЯНИЕ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ НА ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЮ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ 310

0767 ВОЗМОЖНОСТИ АВТОМАТИЧЕСКИХ ТОНОМЕТРОВ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ЛОДЫЖЕЧНО-ПЛЕЧЕВОГО ИНДЕКСА СИСТОЛИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ, КАК МАРКЕРА СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ПОРАЖЕНИЯ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 311

0768 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ПРОБЛЕМАМИ 311

0769 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ РАЗНОЙ ЦОГ-2 СЕЛЕКТИВНОСТИ 312

0770 ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ 312

0771 ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 313

0772 ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА ПРИ КОРОНАРНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ У МУЖЧИН ЯКУТИИ 313

0773 ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У РАБОТНИКОВ, СВЯЗАННЫХ С ДВИЖЕНИЕМ ПОЕЗДОВ 313

0774 КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ 314

0775 К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ КОРРЕКЦИИ АТЕРОГЕННЫХ ГЛП СИМГАЛОМ С ЦЕЛЬЮ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИБС 314

0776 ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ ИННОВАЦИОННОГО ПРОЕКТА «ЭФФЕКТИВНАЯ И ДОСТУПНАЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ» В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ 314

0777 ИЗМЕНЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ФАКТОРОВ РИСКА В ЯМАЛЬСКОМ РАЙОНЕ ЗА ПЯТЬ ЛЕТ 315

0778 СКОРОСТЬ РАЗВИТИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОГО ЭФФЕКТА ПРИ РАЗНЫХ СТРАТЕГИЯХ НАЧАЛЬНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ТЕЛМИСАРТАНОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 315

0779 МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА КРЫС ЛИНИИ ВИСТАР ПРИ ОСТРОМ И ХРОНИЧЕСКОМ СТРЕССЕ 316

0780 ВЛИЯНИЕ ДОФАМИНА НА СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА ПРИ ОСТРОМ И ХРОНИЧЕСКОМ СТРЕССЕ 316

0781 ЦИРКУЛИРУЮЩИЕ КЛЕТКИ-ПРЕДШЕСТВЕННИКИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ИБС 316

0782 КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ – ШАГ ВПЕРЕД ИЛИ ШАГ НАЗАД? 317

0783 ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ АНЕВРИЗМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА – ЭФФЕКТИВНЫЙ ПУТЬ СНИЖЕНИЯ ЛЕТАЛЬНОСТИ 317

0784 КОНЦЕПЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА КАК ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА 317

0785 НИТРОКСИДПРОДУЦИРУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ОСТРОМ ОТРАВЛЕНИИ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ 318

0786 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ 318

0787 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИНФОРМАТИВНОСТИ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ ПЭТ С 18F-ФТОРДЕЗОКСИГЛЮКОЗОЙ 11С-БУТИРАТОМ НАТРИЯ В ОЦЕНКЕ ОБРАТИМОСТИ РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ ИБС 319

0788 ОКСИД АЗОТА В ПАТОГЕНЕЗЕ ВАЗОВАГАЛЬНЫХ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ 319

0789 РЕЗУЛЬТАТЫ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЭНАЛАПРИЛОМ И КАРВЕДИЛОЛОМ У БОЛЬНЫХ С КАРДИОМЕГАЛИЕЙ НЕКОРОНАРОГЕННОГО ГЕНЕЗА 320

0890 ПАТОМОРФОЛОГИЯ МИОЗИН-ИНДУЦИРОВАННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА: ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ 320

0791 СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЙ ПРОГНОЗ 320

0792 ВЛИЯНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СТРЕПТОКИНАЗОЙ 750 000 ЕД И МЕТОДА УСИЛЕННОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРАПУЛЬСАЦИИ НА РАННИЙ ПЕРИОД ОСТРОГО ПЕРВИЧНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА 321

0793 БЕЗОПАСНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УСИЛЕННОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРАПУЛЬСАЦИИ ПРИ ОСТРОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА 321

0794 ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМБУЛАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ 322

0795 ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С НОРМАЛЬНЫМИ ИЛИ МАЛОИЗМЕНЕННЫМИ КОРОНАРОГРАММАМИ 322

0796 ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ 322

0797 «РАБОЧИЙ СТРЕСС» И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНИКОВ, РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА) 323

0798 МОДИФИЦИРОВАННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ НАСЕЛЕННЫХ ПУНКТОВ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ГРУПП САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ 323

0799 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 324

0800 УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ АНГИОПАТИИ У ЖЕНЩИН 324

0801 КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА РОЛИ С–РЕАКТИВНОГО БЕЛКА, ТРАДИЦИОННЫХ И СПЕЦИФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА В РАЗВИТИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ 324

0802 РЕВМАТОИДНАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА – КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА 325

0803 ПРЕДПОСЫЛКИ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ 325

0804 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФЛУКСЕТИНА И СЕРТРАЛИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ 326

0805 ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ КАРДИОВЕРСИИ ПРИ ТРЕПЕТАНИИ ПРЕДСЕРДИЙ 326

0806 НЕКОТОРЫЕ МАРКЕРЫ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКОМ ГИПОТИРЕОЗЕ 326

0807 СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ЭПРОСАРТАНА И РАМИПРИЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 327

0808 ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА: РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ЭТАПА НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ПРОЕКТА «ДИАЛОГ» 327

0809 ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КОРРЕКЦИЮ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА (РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ) 327

0810 ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ТИАНЕПТИНОМ ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА С ЗУБЦОМ Q 328

0811 ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗЕ И ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕВУШЕК ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ 328

0812 АНАЛИЗ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ 329

0813 ВЛИЯНИЕ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ СОТАЛОЛОМ НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА 329

0814 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 329

0815 КОРОНАРОГРАФИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ 330

0816 КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И СЕЛЕНОВЫЙ СТАТУС ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ 330

0817 БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА МИТРАЛЬНОМ КЛАПАНЕ С СОХРАНЕНИЕМ ПОДКЛАПАННЫХ СТРУКТУР 331

0818 БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ И ПРОТЕЗИРОВАНИЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯНЫХ КЛАПАНОВ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ. РОЛЬ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ ЦЕНКИ 331

0819 ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДИСПЛАЗИИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА 331

0820 ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА КЛАПАННОГО АППАРАТА СЕРДЦА 332

0821 СПОСОБ ОЦЕНКИ ДОСТОВЕРНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА 332

0822 ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ПРИМЕНЕНИЕМ МИОКАРДИАЛЬНЫХ ЦИТОПРОТЕКТОРОВ. ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ 332

0823 СТУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 333

0824 ВОЗРАСТНЫЕ ПАЦИЕНТЫ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ОБРЕЧЕНЫ ЛИ НА ЕГО НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД 333

0825 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК МАНИФЕСТАЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА 333

0826 ВЛИЯНИЕ ВЫСОКО НОРМАЛЬНОГО УРОВНЯ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА НА СТРУКТУРУ И ФУНКЦИЮ СЕРДЦА 334

0827 РОЛЬ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ В МЕХАНИЗМАХ ПОЛОВЫХ РАЗЛИЧИЙ В БАЗАЛЬНОЙ И СТРЕССОРНОЙ СЕКРЕЦИИ ОКСИДА АЗОТА У НОРМОТЕНЗИВНЫХ И ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРЫС 334

0828 ЧАСТОТА РАЗРЫВА СВОБОДНОЙ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОВОДИМОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ 335

0829 ВАРИАНТЫ СИНДРОМА СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ 335

0830 ВНУТРИСЕРДЕЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА 335

0831 ДИСФУНКЦИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ КОМПЕНСАЦИИ И НАЛИЧИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 336

0832 ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК И КОМПЛАЕНТНОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 336

0833 ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕНЕРИКОВ АМЛОДИПИНА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 336

0834 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ТЕСТОВ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА 337

0835	ТРОМБОГЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ: ЛАБОРАТОРНЫЙ КОНТРОЛЬ И МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ	337
0836	МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ	338
0837	РАСПРОСТРАННЕНОСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ СРЕДИ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	338
0838	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	339
0839	РИСК И ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ЙОДДЕФИЦИТЕ	339
0840	КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МСКТ-КОРОНАРОГРАФИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ	339
0841	РОЛЬ ГЕНОТИПА В ФОРМИРОВАНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ	340
0842	ФАКТОРЫ ОБЩЕГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА И РАСПРОСТРАНЕНОСТЬ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ	340
0843	ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМА РЕЦЕПТОРОВ ТРОМБОЦИТОВ И ЦИТОХРОМОВ Р-450.	341
0844	ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО КЛИМАКСА	341
0845	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА	341
0846	ВЛИЯНИЕ БЛОКАТОРОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ НА СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ТОЛЩИНУ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ	342
0847	КАРДИО-ВАСКУЛЯРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (КВЗ) И ОСТЕОПОРОЗ (ОП) У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА: ОБЩИЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ИХ ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ	342
0848	ПРЕДПРОЦЕДУРНЫЙ УРОВЕНЬ hs-CRP И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС ПРИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОМ ЛЕЧЕНИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ (результаты годового проспективного наблюдения)	343
0849	ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СКОРОСТЕЙ Na+/Li+- ПРОТИВОТРАНСПОРТА	343
0850	ОЦЕНКА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ЭКВАТОР У БОЛЬНЫХ АГ НА ФОНЕ ГИПОТИРЕОЗА	343
0851	ХАРАКТЕРИСТИКА СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ФОНЕ ГИПОТИРЕОЗА	344
0852	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ИНТЕНСИВНОСТЬ КУРЕНИЯ У МУЖЧИН С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ ТЮМЕНИ	344
0853	К ВОПРОСУ О СРОКАХ НАЧАЛА МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	344
0854	АНАЛИЗ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ	345
0855	ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ	345
0856	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФЕНОТРОПИЛА В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ИБС И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	346
0857	КОРРЕКЦИЯ ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ МЕТОДОМ БИОРЕГУЛИРУЕМОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ	346
0858	ОПРЕДЕЛЕНИЯ, РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПРЕДИКТОРЫ СКРЫТОЙ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	347
0859	ДИСЛИПИДЕМИЯ И НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С КОМОРБИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ	347
0860	ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С КОМОРБИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ХОДЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЙ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ	347
0861	РАЗВИТИЕ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА ПРИ НАРУШЕНИИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА	348
0862	ФАКТОРЫ РИСКА ССЗ И АТЕРОСКЛЕРОЗ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ	348
0863	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ - ПРИЧИНА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ	349
0864	ЗНАЧЕНИЕ РЕЖИМА ПРИЕМА ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В РАЗВИТИИ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У БОЛЬНЫХ АГ	349
0865	СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ В СПОРТЕ	349
0866	СОДЕРЖАНИЕ ЭНДОТЕЛИНА-1 У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ	350
0867	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА МИКАРДИС У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	350
0868	ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ	351
0869	ТЯЖЕСТЬ НАРУШЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА И МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЦА	351
0870	МОЗГОВОЙ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИЙ ПЕПТИД У БОЛЬНЫХ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АНАСАРКОЙ	351
0871	СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	352
0872	ГЕМОДИНАМИКА МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ В НАЧАЛЬНЫЕ ПЕРИОДЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ В ВОЗРАСТЕ ДО 60 ЛЕТ	352
0873	ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ МАЛОНОВОГО	

	ДИАЛЬДЕГИДА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	353
0874	ХАРАКТЕРИСТИКА СКОРОСТНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВОТОКА И ПАРАМЕТРЫ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ РЕАКТИВНОСТИ У ЛИЦ С ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ	353
0875	ДИСПЕРСИЯ ИНТЕРВАЛА QT У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА	354
0876	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХОЛИТИКАМИ, ФЕНСПИРИДОМ И ИНГИБИТОРОМ АПФ ПЕРИНДОПРИЛОМ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ	354
0877	АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ	354
0878	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ, МЕТАБОЛИЗМА И ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ХСН В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ	355
0879	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА (РПС), ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ОКС) И МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ (МКП) НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА БИОХИМИЧЕСКИХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ.	355
0880	ВЛИЯНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ НА ЭКСПРЕССИЮ РЕЦЕПТОРА ЛИМФОЦИТОВ CD95, ИНИЦИИРУЮЩЕГО АПОПТОЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	356
0881	ИЗМЕНЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ АГРЕГАЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА, ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ И ОКСИДА АЗОТА ПОД ВЛИЯНИЕМ ТЕРАПИИ КАРВЕДИЛОЛОМ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	356
0882	ТУЛИП В КОРРЕКЦИИ ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ	356
0883	ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	357
0884	ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	357
0885	КАРДИОВЕРСИЯ ХИНИДИНОМ ПРИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ	357
0886	ВЕЛОЭРГОМЕТРИЯ У МУЖЧИН С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ	358
0887	РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГА НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ	358
0888	МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЦА СПОРТСМЕНОВ С РАЗНОЙ НАПРАВЛЕННОСТЬЮ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА	359
0889	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ДИАЛИЗНЫХ БОЛЬНЫХ	359
0890	ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	360
0891	ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ. ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ	360
0892	ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСЬЮ	360
0893	КАРДИАЛЬНАЯ ВЕГЕТАТИВНАЯ НЕЙРОПАТИЯ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА	361
0894	СВЯЗЬ ТОЛЩИНЫ ИНТИМА-МЕДИА КАРОТИДНЫХ СОСУДОВ С УРОВНЕМ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ	361
0895	КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИВАБРАДИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИБС С ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	362
0896	ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	362
0897	ОЦЕНКА ИНДЕКСОВ НАГРУЗКИ ДАВЛЕНИЕМ ПО ДАННЫМ СМАД У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	363
0898	СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	363
0899	НАРУШЕНИЕ ОБМЕНА ГОМОЦИСТЕИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	363
0900	ДИНАМИКА УРОВНЕЙ АНТИТЕЛ К КАРДИОЛИПИНУ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ	364
0901	ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ И ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА	364
0902	ОЦЕНКА СОСУДОДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ	365
0903	ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ	365
0904	МОДИФИКАЦИЯ НАНОСТРУКТУР ВОДЫ С ЦЕЛЬЮ КОРРЕКЦИИ ДИНАМИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК СЕРДЕЧНОГО РИТМА	365
0905	ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА MIF И ИНФАРКТ МИОКАРДА В ДВУХ ЕВРОПЕОИДНЫХ ПОПУЛЯЦИЯХ	366
0906	ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СТАТИНОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ	366
0907	РОЛЬ ГЕНОВ ЦИТОКИНОВ В РАЗВИТИИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	367
0908	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОЛОНГИРОВАННОГО АНТАГОНИСТА КАЛЬЦИЯ ФЕЛОДИПА У КУРЯЩИХ ЖЕНЩИН С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	367
0909	ИШЕМИЧЕСКОЕ ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЕ И ПОСТКОДИЦИОНИРОВАНИЕ МИОКАРДА: КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ	367
0910	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В ОТДЕЛЬНО ВЗЯТОМ ГОРОДЕ ПРИВОЛЖСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА	368
0911	ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ДИНАМИКА ФРАКЦИИ ВЫБРОС У БОЛЬНЫХ, НЕ ИМЕЮЩИХ ИНФАРКТА МИОКАРДА В АНАМНЕЗЕ, ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ	368
0912	ОЦЕНКА ВЕГЕТАТИВНОГО БАЛАНСА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ПРИ СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ	369
0913	О ВАЖНОСТИ КОНТРОЛЯ ГЛИКЕМИИ ДЛЯ КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМОЙ КОРРЕКЦИИ ЛИПИДНОГО	

	СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	369
0914	МИКРОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНОМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННЫХ ХОРД СЕРДЦА	370
0915	СОСУДОДВИГАТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У ЛИЦ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ	370
0916	НЕБАКТЕРИАЛЬНЫЙ ТРОМБОТИЧЕСКИЙ ЭНДОКАРДИТ ПРИ АНТИФОСФОЛИПИДНОМ СИНДРОМЕ	370
0917	ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА	371
0918	НАРУШЕНИЕ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА И ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА	371
0919	КАРДИОЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ: ЗНАЧЕНИЕ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗНОЙ АКТИВНОСТИ	372
0920	ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО РИСКА НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ И ГИПОЛИПИДЕМИЧЕКОЙ ТЕРАПИИ	372
0921	ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЭМБОЛИЙ И ТРОМБОЗОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ И ПУТИ ИХ СНИЖЕНИЯ	372
0922	УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ	373
0923	РЕЗУЛЬТАТЫ ОТДАЛЕННОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМ КАВА-ФИЛЬТРОМ ПО ПОВОДУ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ	373
0924	СМЕРТНОСТЬ МУЖЧИН С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА (эпидемиологическое исследование)	374
0925	ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИНАМИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ (ПЛАЦЕБО-КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)	374
0926	ПРОБЛЕМА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	374
0927	ЭПИДУРАЛЬНАЯ БЛОКАДА ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	375
0928	МАТЕМАТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ В ОЦЕНКЕ ЛЕЧЕБНЫХ МЕТОДИК ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА	375
0929	ОСОБЕННОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИСХОДОВ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА	376
0930	ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТА	376
0931	ВЛИЯНИЕ ГЕЛИОМАГНИТНЫХ КОЛЕБАНИЙ НА РАЗВИТИЕ И ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ	376
0932	ИЗБЫТОЧНОЕ ПИТАНИЕ, КАК ФАКТОР РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	377
0933	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТАТИСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ КОНТРОЛЯ ЗА СОСТОЯНИЕМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ	377
0934	КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЭНАЛАПРИЛА И ЛОЗОРТАНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	377
0935	ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА СРЕДИ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ	378
0936	ДИСЛИПИДЕМИИ СРЕДИ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)	378
0937	ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ	379
0938	НЕКОТОРЫЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА	379
0939	ОЦЕНКА ДИСФУНКЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ	379
0940	ВЗАИМОСВЯЗЬ ФУНКЦИИ ВЕНУЛЯРНОГО ОТДЕЛА СОСУДИСТОГО РУСЛА С СУТОЧНЫМ РИТМОМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	380
0941	АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ФАКТОРА ВРЕМЕНИ НА СОКРАТИМОСТЬ МИОКАРДА ПРИ ЭКСТРЕННОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА МЕТОДОМ ЧТКА	380
0942	КОРОНАРНАЯ АНГИОПЛАСТИКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	381
0943	ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ РЕСТЕНОЗА ПОСЛЕ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ У ЖЕНЩИН	381
0944	ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ТАКТИКИ ВЫСОКОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКЕ	382
0945	ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНГИОПЛАСТИКИ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ОСТРОЙ КОРОНАРНОЙ ПАТОЛОГИИ	382
0946	ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ЗОФЕНОПРИЛОМ И ЛОЗАРТАНОМ НА СОДЕРЖАНИЕ ЭНДОТЕЛИНА-1 И ДЕСКВАМИРОВАННЫХ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ЭНДОТЕЛИОЦИТОВ В КРОВИ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ФОНЕ ПОДАГРЫ	382
0947	ВЛИЯНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОЖИЛЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	383
0948	СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ДОРОЖНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ	383
0949	ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ФАТАЛЬНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ	384
0950	ИРБЕРСАРТАН (АПРОВЕЛЬ) НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОДБОРА ТЕРАПИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	384
0951	ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКВАТОРА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ II-III СТЕПЕНИ; ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ	385
0952	ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К ПАРАДОКСАЛЬНОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ЭМБОЛИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ	385
0953	НЕЗАРАЩЕННОЕ ОВАЛЬНОЕ ОТВЕРСТИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА	385
0954	ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА	386
0955	ФАКТОРЫ РИСКА И СОСТОЯНИЕ КОРОНАРНОГО РУСЛА У ЖЕНЩИН С ОСТРЫМ	

	ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	386
0956	ГЕНДЕРНОЕ ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА	386
0957	БЕССИМПТОМНЫЕ ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА	387
0958	АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПОЖИЛЫХ	387
0959	АНАЛИЗ ТОЧНОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ЧАСТОТЫ ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	388
0960	ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ВНУТРИКЛЕТОЧНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ НЕЙТРОФИЛОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ	388
0961	ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ ЦИТОКИНОВ И БЕЛКОВ ОСТРОЙ ФАЗЫ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА	388
0962	ПАТОЛОГИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ: ЖЕСТКОСТЬ СОСУДОВ И МИКРОАЛЬБУМИНУРИЯ	389
0963	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЕДИКАРДОЛА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ	389
0964	ФУНКЦИОНАЛЬНО-ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ У БОЛЬНЫХ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АНТИДЕПРЕСАНТА ЗОЛОФТА	390
0965	ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ С УЧЕТОМ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	390
0966	КОМПОНЕНТНЫЙ СОСТАВ МАССЫ ТЕЛА В ПРОГНОЗЕ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У МУЖЧИН СЕЛЬСКОГО КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ ЭВЕНКИИ	390
0967	ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПАРАСИМПАТИЧЕСКИХ ФЕНОМЕНОВ КАК ОТВЕТ АТРИАЛЬНЫХ ГАНГЛИОНАРНЫХ СПЛЕТЕНИЙ ПРИ ПРОЦЕДУРЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ.	391
0968	ЖЕСТКОСТЬ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ	391
0969	ФОТОТЕРМИЧЕСКАЯ НАНОДЕСТРУКЦИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ НА МОДЕЛИ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ТРАНСГЕННОЙ СВИНЬИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИКРОВЕЗИКУЛ И ХОРИОНИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ-ПРОГЕНИТОРНЫХ КЛЕТОК ДЛЯ ДОСТАВКИ СИЛИКО-ЗОЛОТЫХ НАНОЧАСТИЦ, КЛЕТОЧНОЙ И ГЕННОЙ ТЕРАПИИ	392
0970	КЛИНИКО-НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АГ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ	392
0971	ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ И ЦЕРЕБРОВАЗОАКТИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	393
0972	ВЫБОР КОМПОНЕНТОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ К ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ В ОНКОЛОГИИ	393
0973	ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО КОНТИНГЕНТА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО РИСКА	393
0974	ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	394
975	ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДИСМОРФОГЕНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ СЕРДЦА	394
0976	ИРИДОЛОГИЧЕСКИЕ ДИСМОРФОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ У ПАЦИЕНТОВ С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ СЕРДЦА	395
0977	СОКРАТИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ МИОКАРДА БОЛЬНЫХ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПРОЦЕССЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ С ЗОЛОФТОМ	395
0978	СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ И ТИПА ОЖИРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЙ	396
0979	ЭНДОТЕЛИОПРОТЕКТИВНЫЕ СВОЙСТВА КЛОПИДОГРЕЛЯ ПРИ L-NAME ИНДУЦИРОВАННОЙ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ	396
0980	СУТОЧНЫЕ БИОРИТМЫ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПРОФИЛЯХ СУТОЧНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	396
0981	ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ СОГЛАСИЮ ПАЦИЕНТОВ НА ДЛИТЕЛЬНУЮ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНУЮ ТЕРАПИЮ В ГРУЗИНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ	397
0982	ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ И КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ С ПОГРАНИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	397
0983	ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ЛИЦ БЕЗ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	397
0984	СИСТЕМНЫЕ ЭМБОЛИИ ПРИ АНТИФОСФОЛИПИДНОМ СИНДРОМЕ С НЕБАКТЕРИАЛЬНЫМ ТРОМБОТИЧЕСКИМ ЭНДОКАРДИТОМ	398
0985	АТЕРОГЕННАЯ ДИСЛИПИДЕМИЯ АССОЦИИРОВАНАЯ С НИЗКИМ УРОВНЕМ ДЕГИДРОЭПИАНДРОСТЕРОНА-СУЛЬФАТА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ	398
0986	ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	399
0987	ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	399
0988	ОЦЕНКА 10-ЛЕТНЕЙ ДИНАМИКИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КОГОРТЕ МУЖЧИН, ЗАНЯТЫХ В СФЕРЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО ТРУДА	399
0989	ГЕМИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ	400
0990	ОЦЕНКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛЕВЫХ КАМЕР СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ВЫРАЖЕННОЙ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИЕЙ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА	400

0991	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ЛИЦ УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ОПИОИДНЫЕ НАРКОТИКИ	401
0992	ЗНАЧЕНИЕ ГЕНА b1-АДРЕНОРЕЦЕПОРОВ В ГЕНЕЗЕ НАСЛЕДСТВЕННОГО СИНДРОМА СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА	401
0993	ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СФИГМОПЛЕТИЗМОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ИВАБРАДИНОМ	402
0994	СОСТОЯНИЕ КОРОНАРНОГО РЕЗЕРВА ПО ДАННЫМ ПЕРФУЗИОННОЙ ТОМОСЦИНТИГРАФИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	402
0995	ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АОРТАЛЬНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ	402
0996	ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ИСКУССТВЕННЫМИ КЛАПАНАМИ СЕРДЦА	403
0997	ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ ЯНТАРНОЙ КИСЛОТЫ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ	403
0998	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ЭКВАТОР У БОЛЬНЫХ ШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	403
0999	АНАЛИЗ ПОЛИМОРФИЗМА НЕКОТОРЫХ ГЕНОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ СКОРОСТЬЮ ТРАНСМЕМБРАННОГО ИОНОТРАНСПОРТА	404
1000	ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА	404
1001	ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ЛАБОРАТОРНЫХ МАРКЕРОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	405
1002	ИЗВИТОСТЬ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ МОЖЕТ БЫТЬ ФАКТОРОМ РИСКА КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА	405
1003	МОТИВАЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ КАК ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕТОДИКА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ КАРДИОЛОГИИ	405
1004	ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ МАЛЫХ ДОЗ РОЗУВАСТАТИНА ПРИ АТЕРОГЕННОЙ ДИСЛИПИДЕМИИ	406
1005	ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ НА СОДЕРЖАНИЕ Т-ЛИМФОЦИТОВ И МАКРОФАГОВ В АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШКАХ У БОЛЬНЫХ ИБС	406
1006	ИЗМЕНЕНИЕ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	407
1007	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ВРАЧЕБНОГО УЧАСТКА	407
1008	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОРГАНОПРОТЕКТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОКСОНИДИНА И МЕТФОРМИНА В КОМБИНАЦИИ С АМЛОДИПИНОМ У БОЛЬНЫХ ЭГ	408
1009	КОМБИНИРОВАННАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ И НЕЙРОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ	408
1010	ОПЫТ САНАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ	408
1011	ОЦЕНКА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕСТАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В АНАМНЕЗЕ	409
1012	ПРИМЕНЕНИЕ НОРМОДИПИНА В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	409
1013	ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ АМБУЛАТОРНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	409
1014	АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫЙ ЭФФЕКТ БИСОГАММЫ, ВЛИЯНИЕ НА ФИЗИЧЕСКУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	410
1015	ВЫСОКАЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ И ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	410
1016	ЧАСТОТА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ ВЫСОКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ	411
1017	ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕГМЕНТАРНОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ И СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПО ДАННЫМ ИМПУЛЬСНО-ВОЛНОВО	411
1018	СУБФРАКЦИОННЫЙ ПРОФИЛЬ ЧАСТИЦ ЛИПОПРОТЕИНОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ И СПЕКТР МУТАЦИЙ ГЕНА LDLR ПРИ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ	411
1019	СИНДРОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ	412
1020	ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ	412
1021	ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМПЬЮТЕРНОЙ INTERNET-СИСТЕМЫ И МОБИЛЬНОЙ ТЕЛЕФОННОЙ СВЯЗИ	413
1022	ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИИ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА РЕКОРД)	413
1023	ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПАХ (РЕГИСТР РЕКОРД)	414
1024	КЛИНИКО - ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА РЕКОРД)	414
1025	КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА РЕКОРД)	414
1026	КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ, ИСХОДЫ И РЕКОМЕНДУЕМАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА РЕКОРД)	415
1027	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБЫЧНОГО И ПЕРЕМЕЖАЮЩЕГОСЯ РЕЖИМА КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ФЕНОФИБРАТА И СТАТИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ	415
1028	РАЗДЕЛЬНОЕ И КОМБИНИРОВАННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЗЕТИМИБА И СИМВАСТИНА У БОЛЬНЫХ	

	НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ	416
1029	ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ G272S И C825T ГЕНА GNB3 В РАЗВИТИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В ЦЕНТРАЛЬНОМ ЧЕРНОЗЕМЬЕ	416
1030	СНИЖЕНИЕ ТРЕВОГИ МЕТОДАМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	417
1031	ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ФОНЕ КОРРЕКЦИИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ СТИМУЛОТОНОМ	417
1032	ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ АНТИГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ	417
1033	ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ТИРЕОТОКСИКОЗОМДО И ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	418
1034	ЗНАЧЕНИЕ И ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ CD117+, CD133+, CD34+38-, CD90+34- СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА	418
1035	ИЗУЧЕНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ, ИНТЕНСИВНОСТИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА И УРОВНЯ CD38-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ЛИМФОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АМБУЛАТОРНО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРИЁМА	419
1036	ПОЛИМОРФИЗМ E298D ГЕНА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ СИНТАЗЫ ОКСИДА АЗОТА КАК ФАКТОР РИСКА РЕСТЕНОЗА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ	419
1037	ЦИТОХИМИЯ ГЛИКОГЕНА НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ЛЕЙКОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	419
1038	ДИНАМИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЗА 3 ЛЕТНИЙ ПЕРИОД НАБЛЮДЕНИЯ	420
1039	ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДНОГО УРОВНЯ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ЗА 3 ЛЕТНИЙ ПЕРИОД НАБЛЮДЕНИЯ	420
1040	ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ПЕРФУЗИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫМ СНИЖЕНИЕМ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ	420
1041	РАННИЙ ПОСТИНФАРКТНЫЙ ПЕРИОД: ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ТЕЧЕНИЕ	421
1042	ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	421
1043	ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ УДАРНОГО ОБЪЕМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА И НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	422
1044	СВЯЗЬ СОДЕРЖАНИЯ ОКИСЛЕННЫХ ЛИПОПРОТЕИНОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ С СОСТОЯНИЕМ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	422
1045	ВЛИЯНИЕ ДИГОКСИНА НА КИНЕТИКУ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ	422
1046	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СТУДЕНЧЕСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ	423
1047	К ВОПРОСУ О РОЛИ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ В ФОРМИРОВАНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	423
1048	ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ТОРАКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ	424
1049	ПРЕДИКТОРЫ ОСТРЫХ ПРЕДИНСУЛЬТНЫХ СОСТОЯНИЙ У МУЖЧИН 50-59 ЛЕТ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА: ПУЛЬСОВАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ	424
1050	НЕФРОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	425
1051	ХАРАКТЕРИСТИКА ВИТАМИННОГО СТАТУСА И ОСОБЕННОСТЕЙ ПИТАНИЯ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	425
1052	ПОЛИМОРФИЗМ НЕКОТОРЫХ ГЕНОВ, КОНТРОЛИРУЮЩИХ ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ, И ДИСРЕГУЛЯЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ СЕРДЦА	425
1053	ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ ДО И ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ	426
1054	ОЦЕНКА АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКИ НАЗНАЧЕНИЯ иАПФ И β-БЛОКАТОРОВ БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	426
1055	ФАКТОРЫ РИСКА УХУДШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫ ПРИНИМАЮЩИХ ИНГИБИТОРЫ АПФ	427
1056	ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В РЕГИОНЕ КАВКАЗКИХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД	427
1057	ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ СИНТАЗЫ ОКИСИ АЗОТА И РЕЦЕПТОРА АНГИОТЕНЗИНА I(1 ТИП) НА ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	427
1058	ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН	428
1059	АНАЛИЗ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ (РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО ШЕСТИЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ)	428
1060	КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ СТЕНОКАРДИИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ОЦЕНКОЙ ЕЁ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПО ВЛИЯНИЮ НА ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ И КИСЛОРОДТРАНСПОРТНУЮ ФУНКЦИЮ КРОВИ	429
1061	ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ «ШКОЛА-ГИПЕРТОНИКА»	429
1062	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАЦИОНАРНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА	429
1063	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОМАКОРА В ПРОФИЛАКТИКЕ ФИБРИЛЛЯЦИЙ ПРЕДСЕРДИЙ	

	У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА	430
1064	БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВАРФАРИНА У БОЛЬНЫХ С ПРОТЕЗИРОВАННЫМИ ИСКУССТВЕННЫМИ КЛАПАНАМИ СЕРДЦА	430
1065	ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ ОСНОВ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ СТУДЕНТАМ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	431
1066	КЛИНИКО-АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ИБС В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИ НАЛИЧИИ, ЛИБО ОТСУТСТВИИ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ	431
1067	СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИЯ У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ Х	431
1068	ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА	432

B. Gorinshteyn 8; 9; 9; 10
Bobak M. 231
Симонова Г.И. 320
Сукманова И.А. 74
Сурнакова Н.Е 355; 356
Ellen Dodds 9
Hoppe UC. 141; 142
I. Gabinskaya 8; 9; 10
I. Kushnir 8; 9; 10
I.Petyaev . 119
Joel J. Pins 9
Joseph M. Keenan 9
Kosoy M. 294
Kubinova R. 231
L. Eppelbaum 8
L. Gabinskaya 10; 8; 9
Lukl J. 366
M. Bogachek 8; 8; 9; 9; 10
Michels G. 141; 142
Mrazek F. 366
Pajak A. 231
Petrek M. 366
Petrkova J. 366
R. Gabinskiy 8; 9; 10
Tom Stolz 9
V. Gabinskiy 8; 8; 8; 9; 9; 9; 10
W. von Peters 8; 8; 8; 9; 9; 9; 10
Y. Gabinskiy 8; 9; 9
Абатурова О.В. 60
Абашидзе Р.И. 231; 231
Абдрахманов А.С. 10
Абдулкадырова С.О. 10; 24; 79; 409
Абдуллаев А.А. 11; 110
Абдуллаев Р.Ф. 11; 11
Абдуллаев Т.А. 12; 12; 12; 36; 207; 260
Абдуллаева А.У. 110
Абдюкова Э.Р. 13
Абесадзе Т.Г. 397
Абидов Н.Ш. 13
Абиева Э.М. 50
Абильмажинова Г.Д. 14; 167
Абрамова Г.Н. 219
Абрашкина Е.Д. 273
Абсеитова С.Р. 14; 15
Абудеева И.С. 279
Абуладзе Г.В. 15
Абусуева З.С. 10; 24; 36; 79; 409
Авдеева Е.В. 15
Авдей Л.В. 245
Аверьянова Е.С. 274
Авраменко О.Е. 49; 170
Агаева Т.М. 16
Агальцова Н.П. 143
Агапкина Ю.В. 126
Агафонов А.В. 190; 213; 261
Агафонова В.С. 384; 385
Агафонова Т.Ю. 16; 44
Агеева Е.В. 16; 17
Адашева Т.В. 216; 300
Адилова И.Г. 17
Адонина Е.В. 76; 160; 171
Адонина Л.А. 43
Адонина Т.С. 43
Азаров А.А. 41
Азиева Л.М., 194
Азизов В.А. 18; 18; 18; 19; 24; 431
Азизов Ш.К. 145
Айманов И.К. 14
Айсаева Х.М. 19
Акаемова О.Н. 19
Акашева Д.У. 203
Акимова Е.В. 20; 81; 306; 344
Аккиев Б.Т. 208
Аксенова Т.А. 20; 21
Аксинина Ю.В. 382
Акуленок А.В. 182; 182
Акчурин Р.С. 406
Алайцева С.В. 346
Алдушина К.А. 21
Алейник О.Н. 127
Алекер-заде С.С. 45
Александрова Н.Л. 426
Александрова Т.С. 21
Александрович О.В. 217
Александровский А.А. 22
Алексеев Д.В. 23; 23
Алексеев М.Н. 72
Алексеева А.А. 196
Алексеева Л.А. 119
Алексеева Н.С. 330
Алексеева О.А. 22
Алексеева Р.И. 292
Алехин М.Н. 22; 151; 431
Алешкин В.А. 271
Алиев Дж.А. 24
Алиева Д.З. 10; 24; 36; 79; 409
Алиева Т.А. 140
Алимухамедова Н.Р. 24
Алипова Г.Ш. 14
Алпатова Т.Н. 345
Алферов С.П. 25; 25
Аляви А.Л. 25; 26
Аляви Б.А. 26; 26; 26
Аметов А.С. 194; 194
Аминева Н.В. 55; 326
Аминов С.А. 415; 416
Амирханова Г.Д. 139
Амиянц В.Ю. 27
Андреев Д.А. 70; 70; 70
Андреев П.В. 28
Андреева Г.Ф. 27; 347
Андреева Е.Р. 28
Андрейченко Т.А. 29
Андросюк Н.Г. 29
Андросюк Ю.Г. 29
Андрущишина Т.Б. 29
Аникин В.В. 30; 30; 305
Анисимова И.А. 201
Анисимова Н.П. 31
Анищенко Т.Г. 48; 334
Анненкова Г.В. 104
Ансимова О.М. 119
Антипина Н.С. 31
Антипова А.А. 422
Антипова И.И. 146
Антоненко Н.Б. 303
Антонов А.Р. 297
Антонов Д.А. 89
Антонова М.А. 119
Антонченко И.В. 112; 128; 298; 310
Антонюк М.В. 164; 339; 423
Антропова О.Н. 31; 218; 274; 275; 275
Антюфьев В.Ф. 32; 92; 131
Ануфриева Е.Н. 327; 327
Апостол Ж. 360
Аракелян М.С. 249
Аргунов В.А. 32; 33
Ардашев В.Н. 33
Аркадьева Г.В. 402; 403
Аронов Д.М. 322
Арсланова Я.А. 198
Артамошина Н.Е. 33; 46
Артеменко М.С. 395
Артемьева Е.Г. 34; 34; 35; 35
Артюшкова Е.Б. 221; 396
Архипов М.В. 374
Архипова Л.В. 109
Архипова С.Л. 201
Асадуллина Г.В. 35; 225; 226
Асатрян К.В. 259
Аскерзаде С.Р. 271
Астраханцева П.В. 311
Атавина Н.М. 165
Атаян А.С. 36
Атрощенко Е.С. 208
Аттаева М.Ж. 109; 419
Ауэзова А.Н. 36
Афанасьев Ю.И. 99; 99; 203; 353
Афанасьева Т.Н. 282
Афонасков О.В. 111
Ахлакова А.А. 270
Ахмедова М.Д. 10; 24; 36; 79; 409
Ахмедова Т.А. 50
Ахмедова Ш.С. 37; 37
Ахмедханов С.Ш. 19
Ахмерова Р.И. 213; 213
Ахназарянц Э.Л. 52; 189
Ачкасова В.В. 280
Аширов Р.З. 22
Бабийчук Ю.В. 39
Бабина И.А. 38; 292
Бабич Н.Н. 285
Бабюк К. 399
Багаева З.В. 42
Багатырова К.М. 216
Багмет А.Д. 364; 402
Багреева С.М. 83
Бадина Л.К. 37; 38
Бадтиева В.А 374
Байдаулетова З.С. 14
Байдер Л.М. 33; 46
Байтасова Н.Б. 115; 116; 116; 116
Бакаев Р.Г. 89; 354
Бакаева Л.М. 256
Бакиров Т.С. 105; 199
Бакулина И.А. 387
Бакшеев В.И. 38; 292
Балабаева А.Б. 15
Балабаева Н.А. 39
Баланова Ю.А. 39
Балахонова Т.В. 311
Балацкий А.В. 201
Балтахинова М.Е 39
Балугян Р.Ш. 355; 356
Бандурко Л.П. 174
Банзелюк Е.Н. 89
Баранов В.Л. 40
Баранов Е.А. 281
Баранцева Н.Г. 40
Барац Е.С. 28
Барбараш Л.С. 41; 41
Барбараш О.Л. 41; 41; 49; 102; 170; 344
Барбук О.А 233
Барбухатти К.О. 299
Бардукова Е.А. 403
Барменкова А.В. 41; 42
Бармина Г.В. 294
Барнетт О.Ю. 176; 329
Барсов М.И. 33
Барсуков А.В. 42
Барт Б.Я. 43
Бартош Л.Ф. 43; 273; 274; 335
Бартош Ф.Л. 43
Барышникова И.Н. 43
Батаговский В.Л. 409
Баталин В.А. 217; 286
Баталов Р.Е. 128
Баталова А.А. 44
Батенова Г.Б. 167
Батищева Г.А. 44; 93; 148
Батурин В.А. 427
Батурина М.В. 45; 127; 128
Баум О.В. 255
Бахметьева О. С. 45
Бахшалиев А.Б. 11; 45; 46; 50; 173
Бегдамирова А.А. 46
Безгин А.В. 46
Бейманов А.Э. 169
Белая О.Л. 33; 46
Беленкова С.В. 47
Беленькова Ю.А. 41
Белоконь Е.В. 406
Белокрылова Л.В. 425
Белоногов Д.В. 391
Белонько О.Ф. 39
Белоус А.С. 396
Белоусова М.С. 47
Белоусова Т.Б. 31
Белоцерковский З.Б. 246
Беляева Т.В. 170; 218; 314
Бенько Е.Г. 179
Берг А.Г. 333; 159
Берг А.Р. 400
Берг М.Д. 44
Бердинских С.Г. 106
Бердникова В.А. 48
Березикова Е.Н. 427
Березин М.В. 201; 214
Беренштейн Н.В. 219; 219
Береснева В.Л. 130
Берестенникова Л.Н. 48
Беркинбаев С.Ф. 48
Бернс С.А. 41; 49; 170
Бессонов И.С. 151
Бессонова Н.А. 49; 352
Бехбудова Д.А. 50
Бешенцева И.М. 50; 286
Биденко Е.С. 162
Бирюкова Т.А. 50
Бирюченко М.В. 51; 295; 362
Блинов А.В. 51; 361
Боброва Е. В. 52
Бобровская Л.А. 405
Бобрышев К.А. 52
Бобык В.И. 320
Боганькова Н.А. 341
Богачев М.В. 319
Богачева А.Н. 369
Богданова Е.В. 341
Богмат Л.Ф. 52; 189
Богословская С.И. 159
Богоявленская О.В. 53
Божко В.В. 236
Бойко Е.В. 53; 318; 350
Бойцов С.А. 265; 380
Болдина Н.В. 53

Болдинов И.А. 54; 118; 374; 375
Болдуева С.А. 59; 341; 371
Болотнова Т.В. 268
Бондаренко Т.В. 250; 251
Борзенкова Г.А. 87; 87; 422
Борискина Т.В. 89
Борисов И.А. 339
Борисова Л.В 275
Борисова Н.А. 269
Боровков Н.Н. 54; 55; 55; 55; 56; 326
Боровкова Н.Ю. 54; 55
Бороздин А.В. 89
Боронова В.Б. 303
Борщевская М.В. 56
Ботова С.Н. 354
Бочкарева Ю.В. 57
Брагина А.Е. 293; 294
Бражник В.А. 242
Братусь В.В. 421
Бровкин А.Н. 96; 151
Бродач Л.Н. 303
Бродовская Т.О. 57; 365
Брояка Н.А. 57; 222
Брук Т.В. 395
Брылякова С.Е. 58
Бубнова В.С. 409
Бугаева Л.Н. 87; 87
Буйдина Т.А. 215
Булашова О.В. 58; 343
Булгакова И.В. 296; 296
Булгакова Н.М. 365
Бунина М.Н. 332
Бунова С.С. 58; 59; 204; 262; 263
Бурдина Е.В. 422
Бурдина Е.Г. 366
Бурлова Е.С. 59; 214
Бурмистрова Л.Ф. 219
Бурова Н.Н 351
Бурцева Т.А. 409
Бусарова Е.С. 66
Бухвалов В.А. 151; 280
Буховец И.Л. 210
Бухтий Н.В. 431; 431
Бухтояров А.Ю. 380; 381; 382
Бучанова А.В. 330
Быкова А.Ю. 309
Быкова Е.Г. 59; 371
Вавилова А.В. 60
Вавилова Т.В. 341
Вадюхина М.В. 335
Вайханская Т.Г. 185
Валеев И.Г. 429
Валеева В.И. 130
Валиев Р.Р. 304
Валуева Е.Н. 60
Валюкевич В.Н. 190
Ваниева О.С. 151
Ванин А.Ф. 291
Вараницкая Н.М. 186; 370
Варварина Г.Н. 291
Варламов В.Ю. 333
Вартанова О.А. 252
Василенко В.В. 52
Василенко В.М. 109; 419
Василец Л.М. 190
Васильев А.Г. 321
Васильев А.П. 61; 61
Васильев В.Б. 234
Васильева К.С. 28
Васильева Л.А. 42
Васильева Л.В. 97
Васильева С.А. 289
Васильцев Я.С. 62
Васильцева О.Я. 62
Васильченко Н.В. 256
Васицкий Н.Р. 62
Ватинян С.Х. 62; 264
Ватутин Н.Т. 63; 63; 63
Вахромеева М.Н. 89
Вачев А.Н. 87
Вдовенко С.В. 31; 64
Вдовин Е.В. 383; 384
Вебер В.Р. 64; 64; 65; 139; 160; 188; 316; 316
Вебер Э.Е. 66
Веденьева В.В. 377
Веженкова И.В. 246
Велижанина Е.С. 65
Велижанина И.А. 65
Величко Е.В. 194
Вербовская Н.В. 66
Веревкин Е.Г. 320
Вереина Н.К. 405
Веремчук Л.В. 339; 423
Верхошапова Н.Н. 130
Вершинина А.М. 66
Веселова С.П. 133; 133; 406
Веселовская Н.Г. 67
Ветошкин А.С. 67
Ветрилэ С.Б. 224
Вивтаненко Т.В. 215
Видишева О.Н. 67; 68; 303; 304
Викентьев В.В. 296
Викторов Ю.Н. 35; 35
Виллевальде С.В. 68; 69; 105; 157; 157
Виноградов А.Г. 113
Виноградов А.И. 139
Виноградов В.Ф. 23
Виноградова О.А. 210
Виноградова Т.В. 17
Виноградова Т.С. 188
Вистерничану Д. 359
Витковский Ю.А. 350
Вихман Е.А. 69; 69; 284
Владимиров А.Г. 70; 70; 70
Власкина М.В. 159
Власов А.А. 374
Власова О.О. 271
Власянц Е.А. 127
Водзинская Е. 360
Водолагин А.В. 282
Водолагина Е.С. 282
Водолажский Ю.Л. 71
Водяник О.В. 53
Воевода М.И. 307; 313; 366; 411
Возовиков И.Н 28
Войновский Е.А. 138
Волков В.С. 71
Волков А.М. 307
Волков И.Е. 314
Волков К.В. 365
Волкова В.Н. 80
Волкова С.Ю. 72
Волкова Э.Г. 77; 77; 105; 147; 247; 248; 305
Волкова Ю.А. 72; 418
Волколуп О.С. 380; 381; 382
Волошин В.И. 255
Волошинова Е.В. 427
Волчегорская М.И. 72
Воробьев А.С. 74
Воробьев Б.И 171
Воробьев И.В. 214
Воробьев Р.И. 74
Воробьева Е.Н. 31; 67; 275; 154; 274
Воробьева Е.П. 301
Воробьева И.О. 73
Воробьева М.А. 158
Воробьева Н.М. 73
Воробьева Н.Я. 176
Воробьева О.Н. 311
Воробьева Ю.А. 355; 74
Ворожцова И.Н. 62; 210; 359
Воронина Н.В. 322
Воронова Е.И. 75
Воскресенская Т.В. 366
Выдрина Н.Д. 75; 76; 347; 347
Вычик А.А. 74
Габбасов З.А. 76
Габинский Я.Л. 162; 386; 386
Габриелян Д.Г 76; 160; 171
Габрин В.А. 77
Габрин И.А. 77
Габченко А.К. 168
Гаврилов Д.В. 201
Гаврилова Е.А. 91; 92
Гаврилова Е.И. 78; 156
Гавриш А.С. 320
Гагарин Ю.М. 29
Гагулин И.В. 85; 85; 86
Гадаев А.Г. 78; 78; 79; 108
Гаджиев А.Н. 80
Гаджиев Г.Э. 10
Гаджиева Г.К. 172
Гаджиева З.Г. 10; 24; 36; 79; 409
Гаджиева Л.Р. 281
Газданова Л. Р. 80
Гайбу С. 359
Гайдукова Н.И. 80
Гайнутдинов Э.Р. 82
Гайфуллина Р.Ф. 213; 213
Гакова Е.И. 20; 81
Галеев А.А. 259
Галеева А. Р. 81
Галин П.Ю. 50; 81
Галявич А.С. 82; 82; 147; 259
Гапон Л.И. 31; 66; 67; 82; 106; 106; 286
Гаранин А.А. 83
Гарбар М.О. 329
Гарганеева А.А. 83; 152; 269
Гарганеева Н.П. 84; 84; 85; 359
Гарскова Ю.А. 409
Гафаров В.В. 20; 85; 85; 86; 306; 320; 344
Гафурова Р.М. 11; 110
Гахова Т.А 86
Гвозденко Т.А. 242
Генералов В.М. 105; 199
Герасименок Д.С. 245
Герасимова И.В. 107
Гераскина Л.А. 385; 385; 386
Гердт А.М. 421
Германов А.В. 87; 87; 87; 422
Германова О.А. 87; 87
Герцен М.А. 88; 139
Гетманова Н.А. 88; 156
Гизятуллова Р.И. 324
Гиляревский С.Р. 194; 272; 273
Гимерверт М.А. 363
Гиниятуллин С.М. 387
Гиривенко А.И. 89
Гладкая А.А. 261
Гладких Н.Н. 395
Гладовская О.М. 268
Глазкова Е.А. 384; 385
Глазунов А.Б. 89
Глебов М.В. 385; 385
Глебовская Т.Д. 351
Глезер М.Г. 147
Глейзер М.Г. 120
Глинкина И.В. 432
Глова С.Е. 389
Глотова М.Е. 122
Глухова Н.А. 282
Глуховский М.Л. 89
Говорин А.В. 144; 210; 212; 284; 318; 350
Гоголева Т.В. 90; 228; 229; 229
Голикова А.А. 90
Голованов И.И. 91
Головачева Т.В. 282; 282; 287
Головина Г.А. 92; 91
Головской Б.В. 16; 75
Голубев А.В. 181
Гольберг Я.С. 67
Гончар Р. 360
Гончаревич М.Ф. 106
Гончаров А.Н. 93; 93
Гончарова М.Г. 32; 92
Гончарова Н.Ю. 93
Горбанев Е.А. 94
Горбат Т.В. 94
Горбатенко Е.А. 151
Горбунов А.Э. 94; 95
Горбунов В.В. 20; 21
Горбунов В.М. 27; 156; 347
Горбунова Т.Ю. 202
Горелова М.И. 95
Горицына В.Е. 139
Горлицкий О.С. 96
Городецкая Е.А. 160; 161
Городецкая Е.В. 342
Горохова С.Г. 96
Горшкова Е.С. 96; 97; 147
Горяинов И.И. 253
Гостева Е.В. 97
Готфрид Н. Г. 363
Гратий К.Ф. 98
Грацианский Н.А. 295
Гребенкина И.А. 239; 239
Гребенщикова И.А. 98
Грибанов А.Н. 21; 22
Григоренко Е.А. 245
Григорова С.Ю. 99; 99; 203
Григорьева Е.В. 366
Григорьева Н.Ю. 99; 100; 240
Григорьева Т.И. 100
Григорян Ц.А. 101; 161; 168
Гридасова Е.Н. 67

Гриднев А.А. 296; 296; 416
Гриднев В.И. 101
Гринева З.О. 216
Гринева М.Р. 201
Гринштейн И.Ю. 101
Гринштейн Ю.И. 66; 102; 101; 102
Гринь В.К. 103; 103
Гришаева Г.М. 253
Гришаева Е.Е. 104
Грищенко А.А. 75; 347
Громнацкая Н.Н. 104
Громнацкий Н.И. 104; 104; 288; 288
Громов А.А. 105; 199
Громова Е.А. 85; 85; 86
Гросу А.А. 98; 111; 319
Груздева О.В. 356
Грязнова Д.А. 338; 338
Губанова О.М. 179
Губич С.Г. 102
Губская П.М. 64; 64; 316; 316
Гудгалис Н.И. 68; 69; 105; 157; 157
Гудухин А.А. 201
Гузь И.О. 105
Гулиева А.Т. 45
Гультяева Е.П. 106; 106
Гуляева Е.Б. 84
Гуляева Е.Н. 107; 107
Гулямова Ш.С. 79; 108
Гундарова Л.В. 351
Гуничева Е.А. 108
Гуранова Н.Н. 108; 378
Гургенян С.В. 62; 264
Гуревич М.А. 109
Гурижева М.В. 109
Гурова Н.В. 334
Гурченок А.Г. 152
Гусаковская Л.И. 206; 238; 269
Гусейнова А.А. 109
Гусейнова И.А. 11; 110
Гусейнова Н.И. 110
Гусейнова Р.Р. 11
Гусейнова Э.Ш. 121
Гутман Л.Б. 110
Давид Л.А. 111
Давидович И.М. 111
Данилова Е.А. 422
Данковцева Е.Н. 120
Девятова Л.С. 143
Дедкова А.А. 112
Деев А.Д. 27; 39; 184; 235; 347; 399
Демидова И.Ю. 225
Демин А.А. 112; 113; 113; 398
Демина Е.П. 113; 149
Демченко Е.А. 114
Демьянкова Ю.О. 388
Денещук Ю.С. 370
Денисевич Т.Л. 208; 251
Денисенко А.Д. 16; 17; 113
Денисова Д.В. 231
Денисова Е.А. 114
Денисова И.А. 250; 250; 251
Дерева М.В. 115
Деревянных Е.В. 115
Джамалова Р.А. 374
Джанашия П.Х. 15
Джанибекова А.Р. 127; 128
Джинджолия Н.Р. 15
Джолдасбекова А.У 116; 115; 116; 116
Джумагулова А.С. 307
Джунусбекова Г.А. 117; 187; 372
Джусипов А.К. 115; 116; 116; 116; 187
Дзизинский А.А. 117; 180; 205; 303; 394
Дитятков А.Е. 117
Дмитриев А.А. 276
Дмитриев В.А. 277
Дмитриева А.А. 171; 171
Дмитриева М.К. 118
Дмитриенко С.В. 54; 118; 374; 375
Добровольский А.Б. 73; 184
Добротина И.С. 56
Доброхотова Е.С. 119
Добрынина Н.В. 384; 385
Довгалевский П.Я. 119
Довгалевский Я.П. 388
Довгалюк Ю.В. 201; 214
Довгялло Г.В. 182
Докина Е.Д. 119
Докшин М.С. 120
Долгова Е.М. 282
Долгушев Д.А. 25; 25
Долинская О.Н. 197
Доля Е.М. 196
Донецкая О.П. 120
Доний Е.А. 64; 95; 199
Донченко И.А. 206
Доренская О.В. 350
Дорофейков В.В. 60
Дорошин Л.Л. 227
Доскина Е.В. 194; 194
Доценко Э.А. 325
Дощицин В.Л. 121
Драенкова О.В. 121
Драпкина О.М. 189; 189
Дрижд А.А. 369
Дробкова И.П. 133
Дроботя Н.В. 121
Дробышева В.П. 113
Дроздецкий С.И. 122
Дроздов В.Ф 62
Дубас И.О. 182
Дубовик Т.А. 122
Дуванова А.В. 358
Дугин С.Ф. 277
Дудаков В.А. 331; 331; 331; 332; 332
Дуданов И.П. 201
Дудко Е.В 358
Дульский В.А. 123; 123; 124; 124; 124
Дупляков Д.В. 91; 92; 160; 171; 277
Дурнова Н.Ю. 101
Дурня А. 125; 297
Дурня А.С. 327
Дымова Д.М. 74; 355
Дьячков В.А. 422
Дюжиков А.А. 317; 365
Евдокимов В.В. 126; 304
Евдокимова А.А. 125; 368
Евдокимова А.Г. 126
Евдокимова Л. 359
Евдокимова М.А. 120; 126; 147
Евдокимова Т.В. 189
Евсевьева М.Е. 126; 127; 127; 128; 128; 128
Егай Ю.В. 128; 310
Елисеева И.В. 206; 238
Елисеева М.Р. 408
Елькина Н.А. 28
Ельцова М.А. 129; 402
Емекеева З.С. 166
Еникеев А.Х. 129; 130; 145; 146; 191
Еникеев Ю.В. 387
Еникеева Г.Р. 304
Енина Т.Н. 130
Епихина С.В. 322
Еремеев А.Г. 418
Еременко Е.Ю. 131
Еременко И.А. 131
Ермолаева Н.Н. 219
Ермолкевич Р.Ф. 186; 370
Ерошенко О.Л. 121; 171
Есилевский Ю.М. 131
Есимбекова Э.И. 166
Ефимова И.Ю. 181
Ефремов С.В. 388
Ефремушкин Г.Г. 114; 132; 383
Ефремушкина А.А. 220
Ещенко Е.В. 63
Жалолов Б.З. 208
Жанатбекова А. К. 132
Жданкина Н.В. 133
Жданов В.С. 133; 133; 406
Жданов Ю.С. 425
Жданова О.Ю. 17
Железнов Л.М. 19
Женчевская Ю.В. 134; 134; 135; 135; 136; 136; 136; 137; 137
Жержова А.Ю. 31
Жиберина Л.А. 415
Жиляев Е.В. 138; 138
Жмайлова С.В. 64; 64; 139; 316; 316
Жовмир Н.Г. 285
Жокебаев Е.С. 165
Жолдин Б.К. 48
Жуйко Е.Н. 122; 139; 308
Жук А.В. 280
Жук В.С. 330
Жукова О.А. 197
Жукушева Ш.Т. 139
Жумашева З.А. 140; 140
Журавлева А.Н. 336
Журавлева Т.Д. 60
Жураева Ш.А. 140
Жучкова Л.И. 29
Заболотских Т.Б. 141; 289
Загидуллин Б.И. 142; 142
Загидуллин Н.Ш. 141; 142; 142; 142
Загидуллин Ш.З. 141; 142; 142; 142
Заглиев С.Г. 232; 270
Заглиева С.С. 232
Заградская И.А. 143
Задгенидзе О.В. 162
Задионченко В.С. 21; 216; 300
Заирова А.Р. 143
Зайцев Д.Н. 144
Зайцева А.В. 363
Зайцева Н.С. 17; 402
Зайцева Н.В. 428
Закиров Н.У. 145; 208
Закирова А.Н. 13; 144; 144; 145; 158; 159; 333
Закирова Н.Э. 144; 144; 145
Закирова Ф.А. 408
Залесская М.В. 133
Зальцман А.Г 275
Замотаев Ю.Н. 129; 130; 145; 146; 191
Запевина В.В. 141
Зарипова Т.Н. 146
Зарудский А.А. 254
Затейщиков Д.А. 96; 97; 120; 126; 147; 147; 151; 242; 147
Затейщикова А.А. 96
Затейщикова А.А. 97
Захаров А.Н. 33
Захарова В.Л. 147
Захарова Е.Г. 117
Захарова О.Ю. 148
Захарченко С.П. 75; 76; 347; 347
Захарчук Н.В. 148
Звенигородская Л.А. 240
Звенцова В.К. 254
Зверева В.В. 149
Зверева В.Н. 352
Звягинцева А.В. 375; 376; 376; 376; 377; 377
Земляничкина Н.В. 394
Зенин Д.М. 348; 348
Зилов А.В. 432
Золичева С.Ю. 149
Зонов О.А. 149; 150; 253
Зонова Ю.А. 149; 150; 253
Зорин С.Н. 330
Зорина Н.В. 150; 407
Зотова И.В. 151
Зубайдов Р.Н. 151
Зубова О.А. 383
Зубрицкая С.А 366
Зыкина В.В. 292
Зыков М.В. 41
Зыкова Е.Л. 61
Зыкова Т.А. 226
Зырянов И.П. 64; 151; 280; 411
Зяблов Ю.И. 152; 269
Ибатов А.Д. 152
Ибрагимова С.С. 153
Ибрагимова Ш.С. 18
Ибрагимова Э.Э. 224
Иванина Е.В. 23
Иванникова Л.В. 222
Иванов А.П. 153
Иванов А.С. 335
Иванов В.И. 60
Иванов В.М. 154
Иванов В.П. 416
Иванов И.В. 171; 171
Иванов К.И. 176
Иванов К.М. 318; 424
Иванов С.В. 86
Иванова И.В. 218
Иванова Л.А. 186
Иванова М.И. 59
Иванова Н.В. 153
Иванова Т.Н. 333

Ивашкин Б.В. 331
Ивлева А.Я. 183
Игитова М.Б. 154
Игнатов С.В. 155; 155
Игнатьев И.В. 159
Изварина О.А. 30
Изможерова Н.В. 156; 358
Изотов А.М. 334
Икромов И.А. 12
Илесов М.М. 25
Ильин М.В. 156
Ильямакова Н.А. 156
Илюшина А.Я. 205; 244
Исаева И.В. 157
Исаева М.Ю. 151
Исаков Л.К. 198
Исикова Х.В. 68; 69; 105; 157; 157; 158
Искакова Н.Р. 167
Искандаров А.И. 168
Искендеров Б.Г. 219; 219
Исламов Р.Р. 413; 414; 414; 414; 415
Исламова У.А. 11; 110
Исрафилов Э.Ф. 172; 172
Ишенин Ю.М. 158
Ишманова А.Р. 158; 159
Ишмурзин Г.П. 213
Ишханова О.М. 271
Кабиева Б.К. 256
Кадинская М.И. 181
Казаков Р.Е. 159
Казакова Т.В. 170; 309
Казанская Е.М. 76; 160; 171
Казначеева Е.И. 295
Казымов М.С. 65; 160; 188
Казьмина В.Ю. 211
Какиманова Г.Ы. 139
Калашников В.П. 53
Калев О.Ф. 42; 41
Каленикова Е.И. 160; 161
Каленич О.С. 209
Калинина А.М. 101; 161; 168; 187; 313
Калинина И.В 274
Калинина Л.П. 143
Калинина С. Г. 162
Калинкина Н.В. 63; 63
Калмыкова В.И. 33
Калтыкова В.В. 121
Калягин А.Н. 162; 162; 163
Камаев К.А. 149
Камаева С.В. 358
Камалов З.С. 36
Камилова У.К. 140; 163; 429
Каминный А.И. 419
Каминская Л.Ю. 239
Кан В.В. 209
Канимкулова Ф.А. 48
Канорская Ю.С. 163
Канорский С.Г. 163
Кантур Т.А. 164
Капакова М.А. 139; 166
Капелович В.Ю. 164
Капилевич Н.А. 298
Капланова Т.И. 287
Каплина Е.Н. 171; 171
Капралова Л.И. 53
Капустина А.В 39; 154
Карабинская Н.В. 165
Караева Е.В. 350
Каражанова Л.К. 14; 165; 165; 166; 166; 166; 167; 167; 168; 344; 360
КаражановаЛ.К. 344
Карамнова Н.С. 101; 161; 168
Карамова И.М. 158
Каратаева Л.А. 168
Карауш А. 125
Карауш А.П. 297; 327
Кардава Х.А. 80
Кардаш О.Ф. 169; 252
Кардашевская Л.И. 169
Каретникова В.Н. 41; 41; 170
Кароза А.Е. 233
Карпенко М.А. 412; 412
Карпов А.М. 271
Карпов Р.С. 62; 321
Карпова И.С. 233
Карпова Н.Ю. 170; 309
Карпова Э.С. 216
Картун Л.В. 245; 245
Карякина Т.Н. 21; 22
Касимова Р.А. 82
Каспрук Г.Б. 170
Кастанаян А.А. 121; 171; 171; 257
Кастригина Г.Н. 76; 160; 171
Касумов З.И. 45; 50
Касумова Ф.З. 172; 172; 172; 172; 172; 172
Катаргина Л.Н. 416
Кательницкая Л.И. 147; 173; 389
Каткова Л.А. 388
Кахраманова С.М. 173
Качнов В.А. 420; 420
Качнов В.А. 420
Кашталап В.В. 41
Каштальян О.А. 173
Каюмова М.М. 20; 81
Квирквелия А.А. 231; 231
Кейзер Н.П. 174
Кенжаев М.Л. 174
Кенжаев М.Л. 175
Керимкулова А.С. 65; 188; 175
Киемидинов Х.Х. 390
Кильдебекова Р.Н. 198
Кильдишева Е.В. 265
Ким З.Ф. 213; 213
Киревнина Р.Е. 253
Киреев С. 39
Киреева М.В. 219
Кириенко А.И. 73
Кириллов М.А. 330
Кирилова Ю.А. 58
Кириченко А.А. 276
Кириченко М.В. 119; 308
Кириченко Н.А. 337
Киричук В.Ф. 282
Кирковский В.В. 244
Кирюхин О.Л. 176
Киселев А.Р. 101; 405
Киселева Е.В. 406
Кисляк О.А. 121; 258; 289; 328
Китаев В.М. 373
Кияк Ю.Г. 176
Киякбаев Г.К. 268
Клейменова Е.Б. 260
Клейнард В.Г. 131
Климачева О.В. 388
Клименкова А.В. 49
Климова Т.М. 39; 176; 378
Кличева О.Б. 208
Клочков В.А. 119
Клочкова Г.Р. 144; 144
Кляшев С.М 177; 230; 361
Кляшева Ю.М. 177; 230; 361
Кмита М.А. 177
Кнышов Г.В. 317
Князева Л.А. 46; 46; 253; 253; 382; 382
Кобалава Ж.Д. 68; 69; 74; 105; 157; 157; 158; 234; 257; 257; 268; 315
Кобахидзе Н.И. 117
Кобзев В.Ф. 411
Ковалева О.В. 178
Коваленко В.Н. 320
Коваленко Е.В. 126; 178
Коваленко Т.В. 51; 361
Коваль В.Т. 179
Коваль Н.В. 179
Коваль С.Н. 179; 179; 180; 236; 285
Кожевникова Е.Е 180
Кожемова И.С. 354
Кожурина А.О. 180
Кожухов М.А. 416
Козиолова Н.А. 129
Козеолова Н.А. 147; 206; 297; 402; 410; 411
Козлов И.Д. 88
Козлов С.Г. 76
Козлова Е.С. 181
Козлова Л.В. 217
Козлова С.Н. 181
Козловская Л.В. 261
Козловский В.И. 182; 182; 182
Козулина Е.В. 156; 358
Козырев О.А. 334
Козыренко А.В. 111
Кокорева Л.В. 332
Кокотова Е.П. 285
Колбасин Л.Н. 183; 232
Колбасников С.В. 157; 185
Колдынская Э.И. 345
Колесникова А.В. 183
Колесникова О.Е. 253; 296; 296; 416
Колмыкова Г.А. 211
Кологривова И.В. 112
Колодийчук Е.В. 115
Коломиец В.В. 52
Коломиец Е.В. 363
Коломоец Н.М. 38; 292
Колпаков Е.В. 22
Колтунов И.Е. 80
Колунин Г.В. 202; 391
Комаров А.Л. 184
Комельских К.А. 349; 349
Комиссаренко И.А. 184
Комиссарова С.М. 185; 185; 337
Кондакова Г.Б. 383
Кондратьев А.И. 322
Конев Ю.В. 211
Коновалова А.А. 107
Кононенко Е.К. 296
Кононова Е.С. 185
Константинов В.В. 39; 154
Константинов В.О. 147
Константинова Е.Э. 186; 186
Константинова О.Д. 194
Конторщикова К.Н. 100
Концевая А.В. 187; 313
Конысбекова А.У. 187
Копелев М.Ф. 187
Копина М.Н. 65; 160; 188
Коренев Н.М. 189
Корж Д.А. 380; 381; 382
Коржавина Н.А. 226
Коржова Н.Н. 82
Коричкина Л.Н. 188
Корнева В.А. 227
Корнеева О.Н. 189; 189
Корнеева С.И. 220
Корнилов А.А. 190
Короба Г.С. 80
Корокин М.В. 396
Королева Л.Ю. 55
Коростова Е.А. 57; 222
Коротченко Е.В. 345
Кортусова С.А. 177; 230; 361
Коршунов Н.И. 156
Корягина Н.А. 190
Корякина А.В. 303
Косачева Н.Б. 190
Косматова О.В. 342
Космачева Е.Д. 191; 299
Косов В.А. 129; 130; 145; 146; 191
Костина К.С. 192
Костоева А.У. 192; 192; 329
Костромова Н.А. 58
Костычева Т.В. 38; 292
Костюк Т.А. 23
Котельникова Е.В. 216
Котина Е.А. 193
Котина Е.Д. 276
Котляров А.А. 21; 193
Котовская Ю.В. 105; 157; 234; 315
Кофиади И.А. 184
Коц Я.И. 19; 193; 194
Кочарли М.Б. 45
Кочергина И.И. 194; 194
Кочетова С.И. 89
Кочкина М.С. 147
Кочкина М.Ю. 126
Кошевая Е.Г. 195
Кошелева Н.А. 195
Кошельская О.А. 356
Кошенская И.Н. 196
Кошукова Г.Н. 196
Кравченко А.Я. 196; 197; 301
Кравченко И.Н. 169
Кравченко М.А. 385; 385
Кравчук З.И. 185
Красильникова Е.С. 120
Красильникова И.П. 180
Красненков В.Л. 305
Красницкий В.Б. 322
Красова Е.Е. 413; 414; 414; 414; 415
Кратнов А.Е. 222; 336; 388
Крахмалова Е.О. 285
Кремено С.В. 356
Кремнева Л.В. 60
Креницкий А.П. 282
Кривенко Л.Е. 197; 203

Криволапов С.Н. 298
Кривоногов Н.Г. 304
Кривоносов Д.С. 198
Криворутченко В.Б. 416
Кривошапкин В.Г. 176
Кривошеева Л.Н. 198
Криночкин Д.В. 31; 64; 95; 199; 202; 292; 411
Кром И.Л. 96; 199
Кротова Ю.Н. 171; 171
Круберг Л.К. 299; 380
Круглов А.Н. 294
Крутенков А.Н. 206
Кручинина М.В. 105; 199
Крылова Н.С. 15
Крылова Ю.С. 181
Крюков Н.Н. 87; 202; 323
Крючков А.Н. 311
Крячкова Т.В. 383
Ксенофонтова Л.В. 76; 160; 171
Куванина А.В. 74
Кудаева Л.А. 241
Кудашова Е.А. 241
Куделькина Н. А. 323
Кудрина Е.В. 19
Кудрявцева И.В. 226
Кудрявцева С.А. 200; 200; 200
Кудряшева И.А. 29
Кудряшов Е.А. 342
Кудряшова М.В. 201
Кудряшова О.Ю. 147
Кузнецов А.Н. 99; 100; 240
Кузнецов В.А. 20; 64; 81; 151; 180; 199; 202; 221; 266; 280; 292; 344; 367; 411
Кузнецов Г.П. 202
Кузнецов К.В. 122
Кузнецов О.О. 211
Кузнецова Е.А. 358
Кузнецова И.Г. 201
Кузнецова М.В. 419
Кузнецова О.В. 138
Кузнецова Т.Ю. 201; 227
Кузнеченков А.А. 373
Кузнечик Т.А. 22
Кузор Т.С. 98
Кузубова А.В. 99; 99; 203
Кузьменко Е.А. 203
Кузьмин А.И. 203
Кузьмин С.Г. 28
Кузьмина Ю.В. 204
Кузюкова А.А. 204
Кукес В.Г. 70; 70; 70; 159
Куклин С.Г. 205
Кукумаджан Н. В. 238
Кукушкин С.К. 154
Кулешова С.А. 345
Кулешова Э.В. 60
Кулик О.Ю. 205; 244
Куликов И.В. 411
Куличкова Н.Н. 41
Кулюцин А.В. 206; 206
Куницына Н.Ю. 206
Кунявская С.Г. 313
Купаева Р.А. 164; 363
Куприн П.Е. 160
Купчинский А.В. 317
Куракина Н.И. 174
Курбанов А.К. 78
Курбанов Н.А. 207
Курбанов Р.Д. 145; 208; 208; 416
Курбанова Д.Р. 207
Курбанова Х.И 18
Курбатова И.И. 274; 275
Курзина Е.В. 421
Курлов И.О. 128
Курлянская Е.К. 208
Куроптева З.В. 33; 46
Курьянов П.С. 113; 149
Кусаев В.В. 102
Кусанова А.Б. 140; 140
Кутишенко Н.П. 235
Кутлу Р. 255
Кутузова А.Э. 114
Кухарчук В.В. 241; 419
Кучин К.В. 122
Кучина Т.А. 304
Кучук С.Г. 209
Кушекбаева А.Е. 209
Кушекеева Б.А. 115; 116
Кушнаренко Н.Н. 210
Кыдыралиева Р.Б. 254
Лаврик Е.А. 210
Лавров А.Г. 210
Лазарев И.А. 410
Лазарева Н.В. 104
Лазебник Л.Б. 184; 211; 247
Лазебный П.А. 380; 381; 382
Лапачева И.Б. 215
Лапик И.А. 23
Лаптев Д.Н. 212
Лаптев К.В. 383; 384
Лаптева Г.Ф. 211
Лапшина Н.В. 322
Ларева Н.В. 212
Ларина В.Н. 43
Ларина М.В. 90
Ларина Ю.В. 213
Ларионова В.И. 340
Ласкина О.В. 244
Латфуллин И.А. 213; 213
Лахин Д.И. 214
Лебедев А.Б. 220
Лебедев Е.В. 409
Лебедева Е.В. 310
Лебедева Л.В. 214
Лебедева Л.С. 214
Лебедева Н.А. 280
Лебедькова С.Е. 215
Левашов С.Ю. 247
Левин В.И. 244
Левина Е.М. 40
Левина О.Н. 379
Левчук Н.Н. 268
Лейнова Е.В. 215
Лексина Е.А. 143
Лельчук И.Н. 39; 154
Леоненко Н.В. 126
Леонова И.А. 59
Леонтьева Т.Н. 261
Ли. Е.Д. 211
Либис Р.А. 216
Ливенцева М.М. 94
Липатова М.А. 216
Липовецкий Б.М. 234
Липчанская Т.П. 216
Лискова Ю. В. 194
Литвинова М.В. 127; 128; 128
Литинская О.А. 217
Литяева Т.Ю. 217
Лиферов Р.А. 89; 265
Лихоткина Е.А. 176
Лобанова Н.А. 218; 275
Логачева И.А. 300
Логачева И.В. 40; 58; 108; 218
Логвиненко А.А 218
Логвиненко А.А. 314
Ложкина М.В. 126
Ломаев И.С. 275
Ломтева Е.В. 406
Лопатин Ю.М. 181
Лохина Т.В. 219
Лохина Т.В. 219
Лошакова О.Д. 220
Лужбинина Т.В. 234
Лузина Е.В. 212
Лукеренко Е.В. 220
Лукша Е.Б 214; 239; 297
Лукьянова И.С. 110
Лукьянова М.А. 138
Лукьянова М.В. 206
Лунева Ю.В 220
Луцюк Б.В. 335
Лучкина Е.В. 221
Лыкасова Е.А. 221
Лыков В.Ф. 339
Лынник Л.В 389
Лысенкова Н.О. 222
Лышова О.В. 222
Любина Б.Г. 246
Лякишев А.А. 76
Ляльченко И.Ф. 287
Лямина Н.П. 57; 216; 222
Лясковский К.О. 381; 380; 382
Мавлянова М.Б. 415; 416
Маврина О.С. 324
Магдеева Н. А. 223
Магомедова С.А. 36
Мадоян М.А. 223
Мазалов К.В. 100
Мазанко О.Е. 214
Мазеин Д.А. 57
Мазур М. В. 224
Мазур Н.А. 192; 192; 329
Мазур-Никорич Л.М.224
Мазырина М.В. 92
Маилова Н.М. 45
Майбородин А.В. 282
Майер С.В. 238; 427
Майорова Л.И. 223
Макаревич П.И. 201
Макаркин Н.П. 22
Макаров В.Г. 420; 420; 420
Макаров М.А. 224
Макарова В.Л. 348; 348
Макарова Л.И. 69; 69; 284
Макеева Е.В. 182
Макеева Т.Г. 33
Макова А.Г. 225
Максимов А.И. 225
Максимов В.Н. 366
Максютова Л.Ф. 35; 225; 226
Максютова С.С. 35; 225; 226; 387
Макушева М.В. 226
Малафеев А.В. 227
Маленкова В.Ю. 34; 34
Малиновская Е.С. 110; 227
Малиновская И.Э. 227; 421
Маличенко С.Б. 90; 228; 228; 229; 229
Малых И.А. 177; 230; 361
Малышев П.П. 241
Малышева Е.В. 336
Маль Г.С. 190; 302; 314
Мальцев К.А. 80
Мальчикова С.В. 230
Малютина С.К. 86; 231; 283; 320; 323
Мамаева Г. И. 246
Мамамтавришвили Н. Д. 231; 231
Мамедли С.М. 18; 18
Мамедов М.Н. 125; 368
Мамедова Р.Н. 172; 172; 172; 267
Мамедова Р.Ф. 256
Мамедова С.И. 183; 232
Маммаев С.Н. 232
Мамонова Т.Ю. 233
Манак Н.А. 233
Мандельштам М.Ю. 234
Манохин В.Ю. 313
Мансуров В.А. 245
Мансурова Е.А. 196
Манукян А.В. 336
Манхаева Б.Б. 96; 97; 147
Мараховская И.Л. 384; 385
Маргарян М.П. 105
Марданов Б.У. 12; 12; 207
Марков В.А. 225; 233; 321; 321; 418
Маркова Е.В. 376; 377; 377
Маркова М.А. 234
Мартаков М.А. 331; 331; 331; 332; 332
Мартиросов Э.Г. 149
Мартюшов С.И. 192; 234
Марцев С.П. 185
Марцевич С.Ю. 235
Марцинкевич Г.И. 298
Масалимова А.Т. 168
Масенко В.П. 192; 192; 295
Масляева Л.В. 235; 236
Масунов В.Н. 84
Матвеева С.А. 236; 236; 237; 237
Матвеева Т.В. 58
Матросова И.Б. 238
Махкамова Н.У. 326; 408
Махмудов Э.А. 238
Махмудян Д.А. 69; 69; 284
Мациевич М.В. 379
Мацкевич С.А. 233
Машин В.В. 36; 62
Машин В.Вл. 36; 62
Маянская С.Д. 214; 238; 239; 239; 297; 427
Медведев М.Ф 376
Медведев О.С. 160; 161
Медведева Е.А. 422
Медведева И.В. 425
Медведева Ю.Н. 341
Медынцева Ю.В. 99; 240
Мезенцева А.Л. 99
Мелешко В.А 138; 138
Мелишенко В.В. 113
Мельникова Е.Г. 210
Мельникова Л.В. 273; 274
Мельникова Н.В. 240

Мельниченко Г.А. 432
Меншутина М.А. 280
Меркулова И.Н. 203
Меркушева А.Р. 322
Метельская В.А. 80; 217
Метривелли Е.Г. 162
Мехралиев Р.Р. 240
Мешков А.Н. 241; 419
Милославский Д.К. 236
Милютина Д.А. 186; 186
Милягин В.А. 177
Минаков Э.В. 241; 241
Мингазова Л.Р. 198
Минеева Е.Е. 242
Минин С.М. 83
298
Минина Е.С. 183
Миннетдинов Р.Ш. 82
Минушкина Л.О. 96; 97; 126; 147; 242
Мирилашвили Т.Ш. 68
Миронов С.В. 276
Миронова Г.Е. 426
Миронова Е.В. 186; 186
Миронова И.Ю. 184
Миронова Н.Г. 67
Миронова Т.Ф. 266
Мирсайдуллаев М.М. 243; 243
Митрофанова И.С. 193
Митченко Е.И. 170; 205; 218; 244; 314
Митьковская Н. П. 246
Митьковская Н.П 244; 244; 245; 245
Михайличенко В.Ю. 103; 103
Михайличенко Е.С. 169
Михайлов В.М. 246
Михайлова А.В. 149; 246
Михайлова Н.В. 252
Михайлова Н.Н 180
Михеева М.В. 247
Михеева О.М. 247
Михеева Ю.А. 248
Михин В.П. 53; 377
Мишина И.Е. 201; 214
Мовчан Е.В. 248
Мовчан Л.Н. 248
Могутова П.А. 249
Моерс С. 392
Можаева Н.Н. 196
Мозерова Е.М. 124
Моисеев В.С. 268
Моисеенков Г.В. 41
Мокрушина Т.М. 50
Молодцов Р.Н. 249
Молодцова Е.В. 249
Молокова Е.А 362
Молокова М.С. 250; 425
Молотилова С.А. 66
Молянова А.А. 345
Моляренко Е.В. 366
Моргачев В.Е. 222
Моргунов Л.Ю. 250; 250; 251
Мордашова Н.Ю. 121
Мордовина А.Г. 251; 362
Мороз Н.Г. 388
Мороз-Водолажская Н.Н. 71; 169; 251; 252
Морозов В.И. 399
Морозов М.П. 290; 290
Морозов М.Ю. 22
Морозов С.П. 339
Морозова Е.А. 318
Морозова О.А. 294
Морозова О.И. 251; 363
Морозова Т.Е. 29; 147; 252
Морозова Ю.В. 53
Морхат Г.М. 182
Мосина В.А. 419
Москаленко И.В. 113
Москалюк М.И. 253
Москвичева Ю.А. 197
Мостова М.И. 319
Мостовой Ю.М. 39
Мошкина А.А. 253
Мошкова Е.В. 253; 315
Мошкова Н.К. 354
Мошкова Н.К. 89
Мравян С.Р. 254
Мукажанова Г.А. 403
Мукажанова К.А. 166
Муллабаева Г.У. 208
Муллагалиев Р.М. 81
Мурадова С.Р. 18
Мураталиев Т.М. 254; 255; 255; 258
Мурашко Л.М. 342
Муромцева Г.А. 255
Мурылев В.Ю. 311
Мусабекова С.Б. 168
Мусаев А.А. 168
Мусин А.М. 256; 344
Мусин А.М. 344
Мусина А.А. 256
Мустафаев И.И. 256; 267
Мустафин Х.М. 387
Мутаев М.А. 158
Муталова Э.Г. 35; 226
Мутьен Пиллай Е. 257
Муфтахова З.Х. 430
Муфтеева Э.Т. 257; 257
Муха Н.В. 144; 284
Мухамадеев И.С. 190
Мухаметова Л.И. 81
Мухтаренко С.Ю. 258
Мысниченко О.В. 179; 180
Мышляева Т.О. 258
Мясоедова Е.Е. 259; 259
Мясоедова С.Е. 259
Набережнова Е.Г. 259
Нагаева Г.А. 12; 260
Нагиева Н.Ф. 11
Назаренко В.А. 15
Назаренко Г.И. 260
Назарова О. А. 119; 150
Назина Л.В. 36; 62
Найманова З.Н. 126
Нанчикеева М.Л. 261
Нарсия Э.В. 15
Настрадин О.В. 261; 262
Натарова Е.В. 261
Наумов А.В. 251
Наумов С.А. 322
Начкина Э.И. 262
Невзорова В.А. 148; 261; 262
Недолуга М.В. 426
Недошивин А.О. 272; 272
Незнанов Н.Г. 181
Неклюдова Ю.Н. 254
Некрасова Т.М. 403
Некрутенко Л.А. 213
Нелидова А.В. 262; 263
Нелюбин В.Н. 90; 228; 229; 229
Немчук Ф.А. 181
Ненастьева О.К. 326
Ненашева Т.М. 263
Непомнящих В.А. 94; 95
Нестеренко О.И. 21
Нехорошева А.Н. 346
Нечаев В.Б. 201
Нечесова Т.А. 94
Никитин Ю.М. 385; 385
Никитин Ю.П. 231; 283; 411
Никифоров В.С. 264
Никифорова Е.А. 280
Никифорова О.В. 264
Никогосян К.Г. 62; 264
Николаев В.И. 22
Николаева И.Е. 159; 430
Николаева Л.И. 209
Николенко С.А. 15
Никольская Е.П. 41
Никонова В.В. 52; 189
Никулина Г.П. 126
Никулина Н.Н. 220; 265; 265
Никулина С.Ю. 308
Никуличева В.И. 400
Никульчева Н.Г. 16
Никульчева Н.Г. 17
Нилова О.В. 266
Нилова С.А. 266
Нисанбаева З.Х. 390
Нифонтов Е.М. 319
Новиков В.Е. 342
Новикова Л.В. 193
Новикова Л.И. 271
Нолль Е.С. 299; 299
Носиков В.В. 96; 126; 147; 151; 242
Носов В.П. 55
Носова Е.М. 189
Носова Н.С. 211
Носович Д.В. 352
Нохрина О.Ю. 266
Нужина А.В. 156
Нуржанова Т.М. 139; 316
Нуриллаева Н.М. 78; 78; 267
Нурмамедова Г.С. 267
Нуртдинова Э.Г. 333
Обжерина С.В. 259
Образцова М.К. 162
Овсянникова Е.М. 268
Овсянникова О.Н. 240
Овчинникова Т.И. 318
Оганов Р.Г. 22; 125; 368
Ожегов А.М. 108
Ожогина Н.А. 162
Озерова И.Н. 217
Озова Е.М 268
Окоемов М.Н. 183
Оконечникова Н.С. 268
Округин С.А. 152; 269
Окунова А.А. 255
Олейников В.Э. 104; 206; 238; 269
Олейникова Н.В. 101; 161; 168
Оленская Т.Л. 182
Олимов Н.Х. 270; 270
Омарова Д.А. 270
Омельяненко М.Г. 313
Онищенко Е.В. 320; 320
Оносова Е.А. 363
Оранский И.Е. 386
Орлов В.А. 194; 272; 273
Орлов Р.Б. 407; 150; 273
Орлова И.М. 268
Орлова Н.В. 271; 271; 389; 404
Орлова О.В. 272; 272
Осадчая В.А. 294
Осетрова Н.Б. 102
Осиев А.Г. 381; 382
Осипова Е.В. 273; 274
Осипова И.В. 31; 67; 74; 154; 218; 274; 275; 275
Осипова М.В. 276
Осипова Н.А. 393; 393
Осипова Н.Н. 404
Ослопов В.Н. 31; 53; 276; 404
Ослопова Ю.В. 276
Осмоловская В.С. 120; 147
Останин К.С. 420; 420; 420
Остапенко В.А. 204; 262; 263
Островский Ю.П. 71; 169; 185; 251; 252
Остроумов Е.Н. 276
Отрохова Е.В. 153; 277
Ощепкова Е.В. 143; 204; 277
Оюнаров Э.О. 321
П. Чандрараратна 199
Павлов А.В. 202; 391
Павлов С.П. 93; 93
Павлова В.С. 319
Павлова Т.В. 277; 322
Павловец В.П. 278
Пак Ю.А. 199; 221; 278
Палагутин М.А. 264
Палеев Н.Р. 279; 279
Палеев Ф.Н. 279; 279
Палладий Т.А. 106
Пальшина А.М. 280
Памукчи С.В. 127; 128
Панин А.В. 151; 280
Панина И.Ю. 280
Панова Е.И. 281
Панферова Е.К. 293; 294
Панфилова Е.Ю. 126
Панченко Е.П. 73; 184
Папкова С.Я. 225
Парасюк Е.Г. 225
Парфенова Е.В. 201
Пархоменко В.В. 281
Пархоменко Ю.В. 20; 21
Паршина К.В. 326
Паршина С.С. 282; 282; 283
Патеюк И.В. 246
Пахрова О.А. 201
Пающик С.А. 260
Пелло Е.В. 283
Пензякова М.В. 283; 284
Перевалова Е.Б. 284
Перевалова Л.Г. 23
Перевезенцев О.А. 271
Перевозчикова О.С. 50
Перекальская М.А. 69; 69; 284
Перминов М.Г. 285
Перова Н.В. 217
Перчаткин В.А. 310
Першина Е.С. 285
Петелина Т.И. 286
Петерс З.Г. 286
Петраков А.В. 240
Петренева Н.В. 363
Петренко Т.А. 114
Петрищева А.В. 286
Петрищева Г.П. 286
Петрова А.В. 287; 387
Петрова В.Д. 287
Петрова Г.Д. 288; 288
Петрова Е.В. 289
Петрова И.Н. 141; 289
Петрова М.М. 115; 401

Петрова М.Н. 289
Петрухин В.А. 254
Петряйкина Е.Е. 340
Печерская М.С. 182
Пилант Д.А. 290; 290
Пилипенко И.В. 411
Пименов Л.Т. 399; 407
Пирожников В.А. 56
Писаренко О.И. 291
Пиструил И.Ш. 271
Пихлак А.Э. 300
Пластинина С.С. 291
Платонова О.Е. 312
Плевако В.А 194
Плеханов В.Г. 314
Плечев В.В. 142; 142
Плешаков А.В. 38; 292
Плотникова И.В. 148; 371
Плотникова М.Р. 144
Плотникова М.Р. 145
Плотникова О.А. 292
Плюснин А.В. 66; 180; 199; 292
Поветкин С.В. 220
Поворинский А.А. 293
Погонченкова И.В. 21
Погудо О.А. 337
Поддубская Е.А. 342
Подзолков В.И. 293; 294; 294; 294
Подковыркин В.В. 405
Подольская А.А. 213; 213
Позднякова Н.В. 295; 362
Позднякова О.А. 299
Покровская Т.Г. 221; 396
Покровский М.В. 221; 396
Покутнева О.А. 406
Поленова Н.В. 295
Поликарпов Л.С. 115; 390; 401
Поликина О.А. 296
Поликутина О.М. 41; 170; 346
Полковникова Т.Г. 106
Полоников А.В. 296; 296; 416
Полонская Я.В. 307; 411
Полупанов А.Г. 307
Поляк М.И. 121
Полякова О.М. 81; 169
Полянская Е.А. 297
Помогалова О.Г. 261
Пономарева Н.Н. 405
Попелышева А.Э. 102
Попеску Л. 125
Попеску Л.Ф. 297; 327
Попов А.И. 253; 315
Попов А.А. 156
Попов Е.А. 29
Попов Л.А. 255
Попов С.В. 67; 68; 112; 128; 298; 310; 418
Попова А.А. 214; 239; 297
Попова И.И. 245
Попова С.Н. 66
Попонина Т.М. 210; 298; 299; 299
Попонина Ю.С. 298; 299
Портнягин Б.Ф. 299
Порханов В.А. 191; 299
Порывкина О.Н. 216; 300
Поселюгина О.Б. 300
Посненкова О.М. 101
Посохов И.Н. 67; 68
Посошкова О.И. 300
Постникова Ю.Е. 300
Постолаке Л. 359
Потапова А.А. 289
Потапова Е.С. 261; 262
Потехин Н.П. 33
Потешкина Н.Г. 249
Починка И.Г. 47; 354
Прасолов А.В. 253
Прилуцкая С.К. 255
Пристром М.С. 173; 301; 357
Приходько В.Н. 197; 203
Провоторов В.М. 59; 89; 196; 197; 214; 301; 302
Прозорова И.В. 65; 188
Пронина В.П. 254
Прониченко Л.В. 302
Пронько Т.П. 302
Протасов К.В. 117; 180; 303
Протасова В.А. 117
Протопопов А.В. 381; 382
Прохорова И.В. 303; 304
Прошина Л.Г. 316; 316
Прутенская О.А. 23
Пучиньян Н.Ф. 335
Пушкарев Г.С. 306
Пушкарева А.Э. 304; 304
Пушкарева Н.В. 305
Пушкарева О.В. 305
Пушкарева С.Ю. 384; 385
Пчелинцев В.П. 89
Пшеницин А.И 329
Пыко А.А. 176
Пырикова Н.В. 31
Пьянков В.А. 306
Рабинович Р.М. 306
Рабко А.В. 105; 199
Работская А.Н. 302
Рагино Ю.И. 307; 411
Радаева Е.В. 144
Раджапова З.Т. 307
Радзевич А.Э. 117; 126; 402; 403
Разин В.А. 248
Разыграев Р.А. 23
Рак Л.И. 52
Раковский М.Е. 335
Рамазанов М.М. 158
Раменская Г.В. 159
Рассохина Л.М. 72
Ратникова Л.А. 80
Ратовская О.Ю. 308
Рахматуллина А.Р. 400
Рачкова С.А. 308
Рачок Л.В. 122; 185; 308
Рашид М.А. 170
Рашид М.А. 309
Раянова Р.Р. 81
Ребриков Д.В. 184
Ребров А.П. 195; 391
Ребров А.П. 96
Резник Л.А. 179
Резниченко Н.Е. 126
Рей Е.С. 320
Рейснер А.А. 354
Ремизова А.И. 141; 289
Репин А.Н. 310
Рехвиашвили А.И. 397
Рехтина Л.В. 408
Ризванова Е.В. 310
Рогова З.Ш. 188
Рогоза А.Н. 143; 204; 277; 311; 380
Родионов В.А. 310
Родионова Л.В. 262
Родионова Т.И. 326
Родионова Ю.Н. 293; 294
Родыгина Е.В. 327; 327
Родыгина Т.И. 113; 149
Рождественская Т.В. 311
Рожкова Е.А. 176
Розенберг А.С. 312
Розин А.И. 84; 84; 310
Розыходжаева Г.А. 13
Ройтберг Г.Е. 312
Ройтман А.П. 379
Романенко Р.Н. 169
Романенко Т.С. 313
Романов В.А. 156
Романов В.Ю. 170; 205; 218; 244; 314
Романова А.Н. 313
Романова З.Д. 58
Романова И.С. 357
Романова Н.А. 313
Романова Т.О. 30
Романчикова А.А. 314
Романчук С.В. 308
Романчук С.В. 314
Романюк М.А. 253; 315
Ромашова Т.В. 239
Ромащенко А.Г. 411
Ростовцева М.В 126
Ростовцева М.В. 127; 128
Рубаненко А.О. 422
Рубаненко О.А. 337
Рубанова А.А. 315
Рубанова М.П. 64; 64; 139; 316; 316
Руда М.М. 316
Руденко А.В. 317; 317
Руденко В.Г. 430
Руденко С.А. 317; 317
Рудковская А.Д. 48
Руднев А.Б. 359
Рузов В.И. 248
Румбешт В.В. 317
Румянцев А.Ш. 280
Румянцев М.И. 388
Румянцев О.Н. 170; 309
Рунихина Н.К. 367
Рустамова Я.К. 431
Русяева Т.С. 334
Руцкина Е.А. 53; 318; 350
Рыбакова М.К. 379
Рыбчинская И.И. 318
Рыжкова Д.В. 319
Рыжман Н.Н. 25; 25
Рынкова Л.А. 81
Рысбекова А.Б. 165; 360; 360
Рычков А.Ю. 95; 391
Рэдукан А.М. 319
Рябенко Д.В. 320; 320
Рябиков А.Н. 86; 320
Рябиков М.Н. 86
Рябов А.Е. 83
Рябов В.В. 225; 321; 321; 418
Рябчикова Н. М. 400
Рябыкина Г.В. 212
Рямзина И.Н. 286; 322
Ряскин В.И. 302
Сабурова О.С. 76
Савельева Г.Г. 322
Савельева Н.Ю. 31
Савельева Т.В. 50
Савенкова Г.М. 298
Савилова В.В. 322
Савицкая Е.Ю. 323
Савченко А.А. 101
Савченко Е.А. 101
Сагитова В.В. 246
Саджая Л.А. 119
Садреева Д.С. 323
Садыгова Т.А. 18; 24
Садыкова А.Р. 324; 324; 409
Саидов Ё.У. 151; 324; 325
Салаев О.С. 145
Салахова Г.М. 145
Салашенко А.О. 409
Сали В. 399
Саливончик Д.П. 325
Салимова Н.Р. 326; 393; 408
Салмина А.Б. 419
Сальников Д.В. 431
Сальцева М.Т. 55; 326
Самитин В.В. 326
Самко А.Н. 419
Самойлов П.В. 424
Самойлова Т.А. 424
Самохвалова Е.В. 386
Самоходская Л.М. 201
Самсонов Н.М. 182
Саникидзе Т.А. 231; 231
Сапельникова В.А. 154
Сапожник Н. 125
Сапожник Н. 297
Сапожник Н.К. 327
Сапожникова И.Е. 327; 327
Сапожникова Н.Н. 328
Саргаева Д.С. 328
Сарманов Ф.А. 393; 408
Сасу Д.Б. 327
Сафаева Л.Ш. 374
Сафарова Д.Р. 50
Сафиуллина З.М. 343
Сафроненко В.А. 196
Сафуанова Г.Ш. 400
Сахарова О.Н. 234
Сахов О.С. 48
Сбродова Л.В. 192; 192; 329; 329
Свистов А.С. 25; 25; 264
Свитлык Г.В. 176; 329
Святова Н.Д. 259
Севрук Т.В. 185
Седов А.Н. 402; 403
Седова Е.В. 330
Сеид-Гусейнов А.А. 212
Сейпилова Г.Т. 167
Секерко С.А. 363; 251; 295; 362
Секисова М.А. 61; 61
Сексеналинова Г.И. 166
Селезнев С.В. 330
Селезнева Е.С. 49
Селиваненко В.Т. 331; 331; 331; 332; 332
Селина Т.М. 332
Семаева Е.В. 307
Семененко Н.А. 379
Семенкова Г.Г. 332
Семенов А.В. 333
Семенова В.В. 333
Семенова И.А. 333
Семихненко И.Н. 333
Семухин М.В. 64; 151; 199; 280; 411
Семченкова М.Ю. 334
Семячкина-Глушковская О.В. 48; 334
Сенаторов Ю.Н. 202

Сенчихин В.Н. 57; 222
Сергеев А.И. 335
Сергеева В.А. 426
Сергеева Е.Ю. 335
Сергеева О.В. 126
Сергеева О.Е. 336
Сергеева Т.Ю. 41
Сергеева-Кондрачeнко М.Ю. 335
Сергиенко И.В. 90
Сергиенко Т.Н. 310
Сердюк А.П. 217
Середа Т.В. 82
Середицкая Ж.Е. 104
Серикбаева М.Т. 209
Серикова Е.В. 154
Серов В.А. 336; 421
Серова Д.В. 421
Сероухова О.П. 182; 182
Сивакова О.А. 311
Сивков В.И. 366
Сивкова Е.Б. 183
Сивцева А.И. 280; 354
Сидоренко Б.А. 22; 90; 120; 126; 151; 431
Сидоренко Г.И. 337
Сидоренко Л.С. 373
Сидоренко 147
Сидоренкова Н.Б. 336
Сидорик Л.Л. 320
Сидорова Л.Н. 96
Сильченко Н.С. 339
Симагина И.В. 89
Симерзин В.В. 337; 338; 338
Симоненко В.Б. 339
Симонова Г.И. 67; 74
Симонова И.Н. 339
Симонова Н.М. 298
Синдякова Т.А. 334
Синицина И.И. 194; 272; 273
Синицын В.Е. 339
Синицын П.А. 340
Синицын С.П. 405
Синицына Т.В. 225
Синкевич Д.А 180; 303
Синха Ч. 324
Синьков А.В. 340
Синькова Г.М. 340
Синютин С.А. 27
Сиротин Б.З. 174
Сироткина О.В. 184; 341
Ситников В.Ф. 271
Скалбе Т.А. 28
Скачедуб И.А. 402
Скибицкая С.В. 341
Скибицкий В.В. 141; 341; 341; 342
Склянная Е.В. 63
Скорик В.С. 333
Скоробогатова И.А. 65
Скоробогатько М.В. 310
Скрипникова И.А. 342
Слезко И.В. 343
Слепуха Е.Г. 343
Слободяник В.В. 276
Смагулова С.У. 344; 344
Смазнов В.Ю. 20; 344
Смакотина С.А. 344
Смирнов А.В 280
Смирнов В.В. 346
Смирнова Е.А. 345; 345
Смирнова И.М. 346
Смирнова И.Н. 346
Смирнова М.И. 347
Смирнова О.И. 347; 347
Смирнова Т.П. 43
Смоленская О.Г. 348; 348; 349; 349
Смоленский А.В. 149
Смоленский А.В. 246; 349
Смолина Е.Г. 380; 381
Снегурская И.А. 179; 180
Соболев А.А. 327; 327
Соболев А.В 329
Соболев С.М. 182
Советская Е.В. 240
Сокальская Е.А. 272; 272
Соколов А.А. 298
Соколова Л.А. 131; 293; 365
Соколова Л.Ю. 143
Соколова Н.А. 53; 144; 318; 350
Солдатов Е.С. 384; 385
Солнцев В.Н. 412; 412
Солобюкова Н.А. 320
Соловей С.П. 233
Соловьева А.В. 350; 403
Соловьева М.В. 271
Соловьева Н.В. 351
Соловьянова Е.Н. 56
Солодилова М.А. 296; 416
Соломахина Н.И. 351; 351
Солошенкова О.О. 271
Солпов А.В. 350
Сон Ен-Ай 352
Соснина М.В. 225
Сотников А.В. 352
Сощенко Д.Г. 383; 384
Спандерашвили И.Н. 389
Спивак Е.Ю. 187
Спиропулос Н.А. 342
Спирякина Я.Г. 271; 404
Спицин В.А. 149
Спорова О.Е. 47
Срожидинова Н.З. 408
Ставцева Ю.В. 74
Стамбольский Д.В. 184; 241; 419
Станкевич В.И. 337
Староверова Ю.К. 111
Стародубова А.В. 121; 328
Старченко Т.Г. 179; 285; 353
Статкевич Т.В. 244
Стаценко М.Е. 47; 417
Степанова Е.А. 22
Степанова Т.И. 211
Степченко М.А. 382
Столика О.И. 63
Столяров В.А. 299
Столярова А.Н. 341
Столярова Н.И. 273
Стороженко С.Ю. 353
Стоцкий А.О. 322
Стрельцова Н.Н. 61; 61
Стригин М.П. 23
Стронгин Л.Г. 47; 281; 354
Струнина А.Н. 101
Струтынский А.В. 89; 354
Студнева И.М. 291
Стукалова Т.Г. 286
Суворова С.А. 354
Сукманова И.А 355
Сулейманов С.Ш. 195
Суменко В.В. 215
Сурина Т.А. 22
Суркина М.И. 363
Суровцева М.В. 129; 402
Суслов С.А. 348; 348; 349; 349
Суслова Т.Е. 112; 356; 418
Суханов С.Г. 322; 363; 364
Суханова Т.К. 356
Сухенко И.А. 64; 64; 316
Сухинина Т.С. 203
Сухих Ж.Л. 357
Сухов В.Ю. 25; 25
Сухорукова И.И. 373
Сушинский В.Э. 357
Счастный Е.Д. 84; 85; 310
Сысуенкова Е.В. 91; 92
Сычев Д.А. 159
Сычева Е.Ю 272
Табашникова С.В. 41
Тавлуева Е.В. 41
Тавровская Т.В. 357; 358
Тагиева З.З. 45
Тагильцева Н.В. 156; 358
Тагирбекова А.Р. 36
Таинкин А.А. 427
Талаева Т.В. 421
Таминова И.Ф. 359
Танасе А. 359; 360
Танатарова Г.Н. 165; 360; 360
Тарабукина Л.В. 426
Тарарак Э.М. 28
Тарасов Н.И. 198
Тарасова М.А. 177; 230; 361
Тарзиманова А.И. 294
Тарловская Е.И. 230; 328
Татаркина Н.Д. 179
Татарченко И.П. 164; 251; 295; 362; 362; 363
Татауров Д.Б. 318
Таубер О.Н. 363; 363; 364
Таютина Т.В. 364; 402
Тверсков С.В. 158
Телкова И.Л. 310
Теплякова О.В. 57; 365
Терентьев В.П. 196; 365
Терентьева И.В. 115
Терехов И.В. 365
Терехова Ж.В. 61
Терешина О.В. 87; 87; 422
Терешкевич Л.П. 227; 421
Терещенко И.П. 366; 411
Терещенко О.И. 126
Терещенко С.Н. 120; 147
Терновых И.А. 301
Тимашева Я.Р. 367
Тимофеев А.В. 48; 357; 358
Тимофеева Е.В. 324
Тимофеева И.И. 366
Тимофеева Т.Н. 39
Титаева Е.В. 73
Титов В.Н. 277
Тихонов В.А. 117
Ткачева О.Н. 367
Ткаченко Г.А. 417
Тодосийчук В.В. 221; 266; 367
Токаева Л.К. 282
Токарева З.Н. 125; 368
Токарева Л.Г. 428
Токаренко А.И. 178
Толкачев И.М. 368
Томашевская Ю.А. 206
Томилова И.К. 201
Томская Т.Ю. 313
Тонкошкурова В.В. 276
Торопчина Н.А. 107
Торочкина Е.Е. 107
Травникова Е.О. 142; 142
Трапаидзе Д.Д. 397
Требухина О.И. 369
Третьяков А.Ю. 75; 76; 347; 347
Третьяков В.П. 357
Третьякова Н.С. 371
Тригулова Р.Х. 369
Трисветова Е.Л. 186; 370; 370
Трифонова М.А. 113; 398; 370
Троицкая Е.А. 158
Тростянецкая Н.А. 371
Трофимова Е.В. 80
Трубникова И.А. 211
Трунина Т.П. 89
Трухина Е.В. 394
Трушкина И.В. 371
Тугова Ю.Е. 121
Туев А.В. 190; 190; 261
Тулинов П.В. 23
Тундыбаева М.К. 187; 372; 372
Тупикин В.Д. 282
Тупикин Р.С. 380; 381; 382
Тургунова Л.Г. 37; 38
Турсунов Р.Р. 25
Тюкалова Л.И. 67; 68
Тюрин В.П. 372; 373; 373
Тюрина И.А. 76; 160; 171
Увайсова К.У. 38; 292
Ударцева О.О. 28
Удут В.В. 233
Уклистая Т.А. 29
Уланова К.А. 194
Ульянина Е.В. 53
Умаров А.А. 390; 395
Умаров Р.Т. 24; 374
Умбеталина Н.С. 37; 38
Умникова М.В. 374
Урванцева И.А. 333
Усанова А.А. 22
Усачев А.А. 380; 381; 382
Усков В.В. 376; 376; 377; 377
Усков В.М. 54; 118; 374; 375; 375; 376; 376; 376; 377; 377
Усков М.В. 54; 118; 374; 375; 375; 376; 376; 376; 377; 377
Усольцева Е.Н. 41
Уткин В.А. 27
Ушачев Д.В. 296; 296; 416
Ушкалов А.В. 377
Фадеева С.С. 104
Фазлова И.Х. 108; 378
Фазлыева Р.М. 225
Фалина Д.М. 58
Фалина Т.Г. 58
Фандюхин С.А. 419
Фаррахова Ф.И. 387
Федоришина О.В. 117
Федорова А.А. 313
Федорова В.И. 378
Федорова Е.А. 429; 430; 430
Федорова И.В. 379

Федорова Т.А. 379; 379
Федорович А.А. 380
Федорченко А.Н. 299; 380; 381; 381; 382; 382
Фендрикова А.В. 341
Феоктистова Н.В. 185
Феофанова Е.С. 382
Филимонова К.В. 191
Филимонова Л.И. 41
Филиппов Г.П. 371
Филиппов Е.В. 428
Филиппова Т.В. 383
Филоненко И.В. 101
Фицева Н.С. 357
Фишман Б.Б. 160
Фишман М.Б. 160
Фокин А.А. 383; 384
Фомин В.В. 261
Фомина В.А. 384; 385
Фонякин А.В. 62; 36; 385; 385; 386
Фрейдлин М.С. 287; 387
Фрейдлина М.С. 386; 386
Фрид С.А. 226; 387
Фролова Г.П. 294
Фролова Ю.В. 16; 17
Фурман Н.В. 335; 388
Фурсов А.Н. 33
Хабарова И.В. 222; 388
Хабибрахманова Н.С. 226
Хабчабов Р.Г. 11
Хавка Н.Н. 389
Хадыко Ю.А. 298
Хаишева Л.А. 173; 389
Хайло Н.В. 389
Хайруллин Р.Н. 82; 259
Халидова К.К. 90; 228; 228; 229; 229
Халикова Н.А. 395
Халилова Д.А. 151; 324; 325
Халиуллин А.Р. 276
Халтурина И.Г. 383
Хамдамова М.Б 395
Хамидов Н.Х 390
Хамидов Н.Х 395
Хамидуллаева Г.А. 390
Хамидуллина Р.М. 429
Хамитова К.А. 400
Хамнагадаев И.И. 390
Харац В.Е. 95; 202; 391
Харитонова И.А. 391
Харламов А.Н. 392
Харпунов В.Ф. 373
Харченко А.В. 377
Хасаев А.Ш. 10; 270
Хасаев А.Ш. 36; 79; 409
Хасанов Н.Р. 404
Хафизов Н.Х. 142; 142
Хачиров Дж.Г. 153
Хитяева С.В. 336
Хичева Л.В. 23
Хлопонин Д.П. 171; 171
Ховаева Я.Б. 44; 75
Ходжаев А.А. 392; 393; 408
Ходжаев А.И 393; 326; 392; 408
Хозяинова Н.Ю. 395
Хомерики С.Г. 240
Хороненко В.Э. 393; 393
Хорошая И.В. 416
Хохлов А.Л. 215
Хохлунов С.М. 283
Хохлунов С.М. 284
Храмцова Н.А. 394
Хрусталев А.О. 156
Хубиева Д.Х.-Д. 394; 395
Худяков М.Б. 101; 168
Хурсанов Н.М. 390; 395
Хусаинова Р.И. 304
Хусанов Ш.С. 208
Хуснутдинова Э.К. 304
Цапаева Н.Л. 186; 186
Цапиева Е.О. 158
Царева В.М. 395
Цейтлин Е.С. 259
Цепелев В.Ю. 396
Цибин А.В. 202
Цибина Т.Г. 431
Цибульская Н.Ю. 396
Цинамдзгвришвили Б.В. 397
Цицура Т.Н. 310
Цупко И.В. 397
Цупко И.В. 397
Цуркан В.И. 111
Цыбрий Т.Ю. 39
Цымбал С.Ю. 307
Чаадаева М.И. 164
Чалык Н.Е. 119
Чапаева Н.Н. 113; 398
Чарикова Е.И. 398
Ченуша О.В. 98
Чепетова Т.В. 241
Чепкасова Л.В. 399
Чепойда П. 359; 360; 399
Чепурина Н.А. 399
Чепурная А.Н. 400
Червонописка Е.М. 400
Чередниченко М.Л. 395
Черемхин К.Ю. 374
Черепнин Д.А. 401
Чернавский С.В. 33
Чернигов Н.А. 339
Чернобровкина А.К. 234
Чернов Ю.Н. 44; 93; 148
Чернова А.А. 401
Чернышук Н.А. 341
Чернявина А.И. 129; 402
Чернявская М.О. 98
Чернявский А.М. 307
Чернятина М.А. 53
Черпаченко Н.М. 133
Чесникова А.И. 196; 210; 364
Чеснокова Л.Ю. 41; 198
Чечеткин А.О. 385; 385
Чижикова О.А. 364; 402
Чиликина Н.В. 402; 403
Чиликина Н.М. 36
Чиликина Н.С. 10; 24; 79; 409
Чиныбаева А.А. 132; 344; 403
Чихладзе Н.М. 311
Чичановская Л.В. 350; 403
Чнгрян Г.В. 176; 329
Чугунова Д.Н. 404
Чукаева И.И. 271; 389; 404
Чулаевская И.В. 205; 314
Чулков В.С. 405
Чумакина Г.А. 80
Чумакова Г.А. 48; 405; 405; 406; 408
Чумакова О.С. 147
Чумаченко П.В. 406
Чуркевич Т.О. 202
Чуясова Ю.К. 306
Шаалали Н. 273; 407
Шабалин А.В. 107; 107
Шабалина М.Г. 407
Шабанов А.А. 285
Шаварова Е.К. 157; 257; 257
Шавкунов С.А. 277
Шаврин А.П. 16
Шакиров М.М. 199
Шакиров М.Р. 393; 392; 408
Шакирова Н.Ш. 408
Шалаев С.В. 60; 72; 343
Шалаева Н.И. 408
Шальнова С.А. 39; 125; 217; 368
Шамкина А.Р. 409
Шанавазова С.А. 10; 24; 36; 79; 409
Шанаурина Н.В. 130
Шангина А.М. 210
Шапошник И.И. 409
Шарабрин Е.Г. 99; 100
Шарапов С.В. 216
Шарапова Ю. А. 410
Шарафетдинов Х.Х. 292
Шарафисламова С.И. 324
Шарашидзе Н.С. 15
Шарипова Х.Ё. 151
Шаробаро В.И. 134; 134; 135; 135; 136; 136; 136; 137; 137
Шарова В.В. 377
Шатилло К.Г. 358
Шатунова И.М. 410; 411
Шафранская К.С. 41
Шахматова К.И. 218; 275
Шахматова О.О. 184
Шахова М.Г. 411
Шахтшнейдер Е.В. 411
Шахурдина С.В. 354
Шахурова Н.И. 85
Шацкая Е.Г. 412; 412
Шашурин Д.А. 160
Шварц В.А. 101; 413
Шварц Ю.Г 354
Шварцман А.Л. 113; 149
Швецова Е.А. 162
Шевелек А.Н. 63
Шевцов Б. П. 174
Шевченко А.К. 197
Шевченко И.И. 413; 414; 414; 414; 415
Шевченко С.В. 421
Шек А.Б. 415; 416
Шелестова И.А. 191; 299
Шелудько Ю.Н. 389
Шеметова Г.Н. 249
Шеметова М.М. 393; 393
Шер И.И. 346
Шестаков А.М. 296; 296; 416
Шестопалова И.М. 417
Шибаева Т.М. 219
Шилина Н.Н. 417
Шилов С.Н. 427
Шиляева Н.В. 87
Шимкевич А.М. 285
Шинкоренко Н.Н. 99
Ширинова Т.Д. 45
Широков Р.О. 419
Шишкина Л.А. 384; 385
Шишкова В.Н. 417
Шкалин А.И. 158
Шкапо В.Л. 353
Шляхтина Н.В. 431
Шляхто Е.В. 181
Шматков М.Г. 380; 381; 382
Шматько Д.П. 65; 188
Шмелева Г.А. 429; 430; 430
Шмидт Е.А. 49
Шнюков В.В. 128; 128
Шогенов З.С. 80
Шойбекова Н.Я. 209
Шойхет Я.Н. 220
Шостак Н.А. 170; 259; 309
Шпак Л.В. 165; 418
Штатолкина М.А. 418
Штегман А.Г. 419
Штегман О.А. 419
Штец А.В. 126; 128
Штонда М.В. 301; 357
Штырова Т.В. 406
Шувалова Ю.А. 419
Шугушев Х.Х. 109; 419
Шуленин К.С. 420; 420; 420
Шульженко В.С. 291
Шульц М.В. 320
Шулятьева О.Ю. 112
Шумаков В.А. 227; 421
Шумаков Д.В. 276
Шуркевич Н.П. 67
Шустов С.Б. 40; 42
Шутемова Е.А. 119; 273; 308; 314
Шутов А.М. 336; 398; 421
Щекотов В.В. 422
Щербаков В.А. 53
Щербакова М.Ю. 340
Щетинкина И.Н. 335; 388
Щикота А.М. 21
Щукин Ю.В. 422; 422
Эльгардт И.А. 153
Эльгарова Л.В. 423
Эрфан Ф.П. 408
Эфендиева Л.Г. 18; 19
Юбицкая Н.С. 423
Юдаева Ю.А. 424
Юдина О.А. 370
Юлдашев С.С. 424
Юрлова С.В. 197
Юртаева В.Р. 257
Юсупов О.П. 163; 429
Юсупова В.А. 425
Юсупова Е.Ю. 425
Юсупова Э.З. 304
Явелов И.С. 295
Ягода А.В. 395; 425
Ягубова К.А. 76
Ядров М.Е. 170; 309
Яичникова М.Н. 324
Яковлев В.В. 352; 428
Яковлев В.Н. 379; 379
Яковлев Д.И. 118
Яковлев С.В. 217
Яковлева А.И. 426
Яковлева Е.В. 426; 427
Яковлева Л.В. 81
Яковлева Н.В. 427
Яковлева Н.Ф. 427
Якубик Г.Г. 41
Якубов М.М. 25; 26
Якупов И.Ф. 82
Якусевич В.В. 235
Якушин С.С. 143; 220; 265; 330; 345; 428
Якушко Л.В 205; 244
Янбаева С.М. 158; 159

Янковская Л.В. 429
Яркова Н.А. 55
Ярмухамедова Д.З. 163; 429
Ярных Е.В. 271
Яруллина А.Р. 429; 430; 430
Яруллина Г.К. 158; 159
Яскевич Р.А. 390
Ястребова Е.И. 104; 269
Яхонтов Д.А. 74; 102; 355; 431; 431
Яшина Л.М. 120