

Всероссийское научное общество кардиологов
Российское Национальное научное общество
Кардиоваскулярная профилактика и реабилитация



**КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ ПРОФИЛАКТИКА
И РЕАБИЛИТАЦИЯ 2008
ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ

**Генеральный спонсор:
Главные спонсоры:**

**ФАРМСТАНДАРТ
АВВОТ
Акрихин - Польские лекарства
АстраЗенека
Компания К и К
Никомед
Сервье**

Приложение 2 к журналу
«Кардиоваскулярная терапия и профилактика» 2008, 6 (4)

Москва 2008

I. Фундаментально-прикладные исследования

I-1 АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЯ «ВРЕМЯ ДОСТИЖЕНИЯ МАКСИМАЛЬНОГО СТРЕЙНА» СЕГМЕНТАРНОЙ ДЕФОРМАЦИИ (STRAIN) ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПО ДАННЫМ ПОСТОБРАБОТКИ ТКАНЕВОГО ДОПЛЕРОВСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МИОКАРДА

Амаржаргал Б., Берестень Н.Ф., Ткаченко С.Б., Романов С.Н., Бат-Ундрал Д.

Российская Медицинская Академия последипломного образования, Москва, Россия

Определение времени возникновения максимального пика стрейна (T_{Emax}) при укорочении (в верхушечном срезе) имеет важное значение для оценки последовательности процесса расширения миокарда.

Цель: Изучить значение времени достижения максимального стрейна (T_{Emax}) по данным количественной обработки тканевого доплеровского исследования (ТДИ) гипертрофированного миокарда левого желудочка у больных с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Обследовано 80 больных АГ и 30 практически здоровых добровольцев. Все больные были разделены на две группы. К первой отнесено 40 больных с умеренной ГЛЖ. Во вторую группу вошло также 40 больных с выраженной ГЛЖ. Эхо-КГ и ТДИ исследование выполнялось на ультразвуковом томографе «HD1 5000» (Philips). Количественная постобработка и анализ кинопетли ТДИ выполнялись с помощью пакета программ «Q LAB» (Philips) для количественного анализа в режиме измерения графика средней деформации миокарда.

Результаты: У больных с АГ задержка максимального продольного укорочения (T_{Emax}) в боковой стенке ЛЖ проявлялась в виде удлинения T_{Emax} от среднего к базальному сегменту: т.е. максимальная деформация раньше определяется в среднем сегменте, и распространяется в направлении к базальному сегменту. Время возникновения пика максимальной деформации в среднем и базальном сегментах составило, в 1-ой и 2-ой группах, $402 \pm 10,9$ мс и $440,2 \pm 24,8$ мс – (в среднем), и $429,8 \pm 8,5$ мс и $486,1 \pm 31,5$ (в базальном сегменте) соответственно, т.е. T_{Emax} достоверно удлиняется по сравнению со значением в контрольной группе. При этом задержка «средний – базальный сегмент» составляет в 1 –ой группе – 27 мс, во 2-ой – 46 мс, по сравнению с контролем – 26 мс. Таким образом, результаты анализа демонстрируют факт удлинения T_{Emax} в базальном сегменте боковой стенки ЛЖ по мере выраженности гипертрофии волокон миокарда. Показатель T_{Emax} отражает суммарное изоволюмическое время укорочения волокон сегментов миокарда (ивс+ укорочение в систолу +ивр). Анализ корреляционной связи времени достижения максимального стрейна (T_{Emax}) базального сегмента боковой стенки ЛЖ и индекса ММЛЖ показал хорошие результаты ($r=0.72$). Таким образом, показатели, отражающие деформационные свойства миокарда, позволяют определить удлинение времени достижения максимального стрейна в гипертрофированном миокарде с помощью исследования временных задержек в сегментах миокарда ЛЖ, причем выраженность задержки зависит от степени ГЛЖ.

Выводы: По мере выраженности гипертрофии миокарда ЛЖ происходит замедление сегментарной деформации в направлении от среднего сегмента к базальному, что отражается удлинением времени достижения пика максимального стрейна (T_{Emax}).

I-2 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИ ВЫРАЖЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕ 60 ЛЕТ

Барт Б.Я., Ларина В.Н.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

Цель исследования: оценить исходные клинические показатели и структурно-геометрические характеристики ЛЖ у амбулаторных больных ХСН в возрасте старше 60 лет.

Материал и методы: в исследование было включено 56 больных ХСН II-IV ФК по NYHA в возрасте от 60 до 85 лет, причиной которой у 52 (93%) больных была ИБС и у 4 (7%) – АГ. Всем больным проводились ЭКГ, Эхо-КГ в покое. Клиническое состояние больных оценивали с помощью ШОКС в модификации Мареева В.Ю. Качество жизни (КЖ) больных определяли с помощью опросника «Жизнь больных с ХСН» Миннесотского Университета. Наряду с клинико-инструментальными обследованиями определяли толерантность больных к физической нагрузке с помощью теста с 6-ти минутной ходьбой (6МТ). Больные находились на стандартном лечении ХСН, включающем ИАПФ (79%), блокаторы ренгенов ангиотензина II (36%), БАБ (75%), диуретики (63%), антагонисты альдостерона (13%). Статистическая обработка результатов проведена с использованием программы Statistica 6.0. Данные представлены в виде $M \pm \delta$. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты: по степени выраженности одышки на момент обращения к врачу было сформировано 2 группы: 1-я – больные с одышкой, которая беспокоила их только при физической нагрузке и по ШОКС соответствовала 1 баллу ($n=26$), 2-я – больные с одышкой, которая проявлялась не только при физическом усилии, но и в покое (соответствие 2 баллам по шкале ШОКС, $n=30$). Группы больных были сопоставимы по полу, длительности ХСН, весу, уровню АД, ЧСС, ФВЛЖ, лабораторным данным (креатинин, гемоглобин). Больные 2-й группы были старше (средний возраст $72,3 \pm 6,9$ лет) больных 1-й группы (средний возраст $68,2 \pm 6,6$ лет, $p < 0,05$). При анализе клинических симптомов в обеих группах не было получено существенных различий в их выраженности, за исключением ночных приступов удушья, которые чаще выявлялись у больных 2-й группы ($p < 0,001$). У этих же больных были отмечены более низкие толерантность к физической нагрузке по результатам 6МТ ($258,7 \pm 107,9$ м и $334,5 \pm 84,4$ м, $p < 0,01$) и КЖ ($52,4 \pm 18,8$ баллов) по сравнению с больными 1-й группы ($36,8 \pm 20,4$ баллов, $p < 0,01$). При Эхо-КГ исследовании у больных 2-й группы нарушения диастолической функции ЛЖ были более выражены (ВИР, $p < 0,05$), чем у больных 1-й группы.

Выводы: выявление одышки в покое у пожилых больных ХСН свидетельствует не только о тяжёлом течении заболевания, но и о сниженной толерантности к физической нагрузке, что отражается на КЖ. У них отмечались более выраженные изменения диастолических свойств ЛЖ, выявляемые с помощью Эхо-КГ исследования. Эти данные свидетельствуют о необходимости более тщательного выявления больных ХСН с целью предупреждения развития у них тяжёлого течения сердечной недостаточности.

I-3 АНАЛИЗ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПОСТСИСТОЛИЧЕСКОГО УКОРОЧЕНИЯ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ ПОСТОБРАБОТКИ СЕГМЕНТАРНОЙ ДЕФОРМАЦИИ (STRAIN) ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Берестень Н.Ф., Ткаченко С.Б., Амаржаргал Б., Романов С.Н., Бат-Ундрал Д.

Российская Медицинская Академия последипломного образования, Москва, Россия

Показатели деформации гипертрофированного миокарда левого желудочка (ГЛЖ) косвенно отражают его микро- и макроструктурное состояние, содержание коллагена, а так же степень фиброзных изменений в изучаемых сегментах миокарда.

Цель: Оценить данные количественной обработки при тканевом доплеровском исследовании (ТДИ) по значению постсистолического укорочения (T_{Eps}) деформации гипертрофированного миокарда левого желудочка у больных с артериальной гипертензией.

Материал и методы. Обследовано 80 больных АГ и 30 практически здоровых добровольцев. Все больные были разделены на две группы. К первой отнесено 40 больных с умеренной ГЛЖ. Во вторую группу вошло также 40 больных с выраженной ГЛЖ. Эхо-КГ и ТДИ исследование выполнялось на ультразвуковом томографе "HD1 5000" (Philips). Количественная постобработка и анализ кинопетли ТДИ выполнялись с помощью пакета программ «Q LAB» (Philips) для количественного анализа в режиме измерения графика средней деформации миокарда.

Результаты: У больных в 1-ой и 2-ой группах по сравнению с контрольной группой выявлено достоверное уменьшение показателей деформации (S_{sys} , S_e) и в систолу и в раннюю диастолу миокарда в базальных и средних сегментах перегородки и боковой стенки ЛЖ. В нашем исследовании в контрольной группе постсистолическое укорочение ($T_{E_{pss}}$) на графике стрейна в базальном сегменте боковой стенки ЛЖ составило $23,3 \pm 1,3$ мс, в базальном сегменте МЖП $27,8 \pm 2,8$ мс., тогда как у больных 1-ой группы $T_{E_{pss}}$ было достоверно удлинено почти 2 раза ($p < 0,05$). Во 2-ой группе отмечено еще более выраженное достоверное удлинение $T_{E_{pss}}$ почти в 3 раза ($p < 0,001$). Полученные результаты демонстрируют удлинение ПСУ базальных сегментов боковой стенки ЛЖ и перегородки по мере выраженности ГЛЖ.

Анализ результатов корреляционного анализа между значением максимальной деформации в средних сегментах перегородки, боковой стенки с индексом массы миокарда ЛЖ показал, что максимальная деформация миокарда ЛЖ достоверно связана прямой корреляционной связью с ИММЛЖ ($p < 0,01$). Полученные результаты отмечают достоверную положительную корреляционную связь ($p < 0,05$) между толщиной межжелудочковой перегородки в диастолу и максимальной деформацией в средних сегментах миокарда ЛЖ.

Выводы: 1. У больных с АГ и выраженной ГЛЖ снижаются сегментарные показатели деформации миокарда (стрейна) и в систолу и в раннюю диастолу.

2. По мере выраженности ГЛЖ достоверно удлиняются $T_{E_{pss}}$ в базальных сегментах боковой стенки ЛЖ и перегородки.

I-4 ИНСЕРЦИОННО-ДЕЛЕЦИОННЫЙ ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА В РАЗВИТИИ СЕМЕЙНОЙ И ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У КОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ

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

ГОУВПО "МГУ им. Н.П. Огарева", Саранск, Россия; *ФГУ РКНПК «Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи», Москва, Россия

Результаты многочисленных исследований, проведенных в различных странах и популяциях, свидетельствуют о существенном вкладе наследственности в патогенез артериальной гипертензии (АГ). Важное значение для осуществления первичной профилактики в отягощенных семьях имеет знание и использование достоверных генетических маркеров предрасположенности к развитию данного заболевания. Одним из таких маркеров является ген ангиотензин-превращающего фермента.

Целью настоящего исследования явилось изучение роли инсерционно-делеционного полиморфизма гена ACE в развитии АГ у пациентов с семейной и пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией, у которых повышение артериального давления (АД) в семье выявлялось только по анамнезу.

Проведено исследование, охватившее 365 человек, из них 172 пациента с четкой семейной линией АГ (наличием семейной отягощенности по АГ, хотя бы у одного родственника (бабушка/дедушка/отец/мать/брат/сестра)) и 193 пациента с эссенциальной АГ, у которых повышение АД в семье выявлялось по анамнезу. Пациенты были сопоставимы между собой по возрасту, полу, уровню систолического и диастолического АД. Исследо-

вание генетического полиморфизма проводилось в лаборатории молекулярной генетики РКНПК им. Мясникова.

В ходе исследования было определено, что, как среди пациентов с четкой семейной АГ (48,8%), так и среди пациентов с эссенциальной АГ (50%), имело место достоверное накопление промежуточного I/D генотипа гена ACE. Частота встречаемости генотипа II среди больных эссенциальной АГ составила 26,09%, генотипа DD – 23,91%. Частота генотипов II, DD у пациентов с семейной артериальной гипертензией оказалась одинаковой (25,6%). При этом частота встречаемости генотипов среди пациентов обеих групп достоверно не отличалась. При анализе частот аллелей I/D полиморфизма гена ACE у больных с семейной АГ и эссенциальной АГ статистически значимых различий также не выявлено (51 и 49% соответственно). Дополнительно проводился анализ средних показателей систолического и диастолического АД, КДР, КСР, ЗСЛЖ, ММЛЖ, ФВ, а также ИТ/Б, ИМТ и общего ХС у лиц с наследственной и эссенциальной АГ с различными генотипами ACE, который не показал статистически значимых различий в сравниваемых группах.

Таким образом, наше исследование показало отсутствие достоверных различий в распределении анализируемых аллелей и генотипов инсерционно-делеционного полиморфизма гена ACE между пациентами с четкой семейной линией наследования АГ и пациентами с эссенциальной АГ.

I-5 РОЛЬ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ФОРМИРОВАНИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ (ОБЗОР)

Винокур В.А.

МАПО, Санкт-Петербург, Россия

Признание активной роли психологических факторов в развитии сердечно-сосудистых заболеваний определяет необходимость исследования их связи с функционированием клеточных и молекулярных механизмов кардиоваскулярной патологии. Это согласуется с идеей E.Weiss, O.English (1943) о том, что во врачебной практике необходим «...подход, который не столько умаляет значение телесного, сколько уделяет больше внимания душевному».

В последние годы активное внимание привлекает роль дисфункции эндотелия сосудистой стенки в развитии сердечно-сосудистых заболеваний. Эндотелий формирует гемодинамические реакции, регулирует тонус сосудов и состояние системы гемостаза, контролируя процессы фибринолиза и тромбообразования. Дисфункция эндотелия может быть самостоятельной причиной нарушения кровообращения, поскольку стимулирует ангиоспазм и внутрисосудистый тромбоз. Показано и активное участие эндотелия в формировании клеточного иммунитета, состояние которого также связано с прогрессированием липидных расстройств в сосудистой стенке.

Среди многих факторов, определяющих функциональное состояние эндотелия, в частности, его вазодилатирующую активность, выделяют серотонин, или 5-гидрокситриптамин (5-НТ). Серотонин-эргической иннервации сердца и сосудов в организме человека не выявлено, поэтому, в отличие от других классических нейромедиаторов, серотонин участвует в регуляции функции сердечно-сосудистой системы как диффузный гуморальный фактор (Р.Р.Нигматуллина и соавт., 2005). Тем самым серотонин-эргическая система, в частности, уровень серотонина, существенно влияющего на развитие аффективных расстройств, играет важную роль в поддержании нормального функционирования сердечно-сосудистой системы, прежде всего – инотропной функции сердца, а на ранних этапах онтогенеза – даже ведущую роль в сравнении с адренергической системой (Hew et al., 2003). Депрессивные расстройства характеризуются разнообразными проявлениями гиперсимпатикотонии, которая нарушает нормальный баланс вазорегулирующих функций и приводит к снижению эндотелий-зависимой дилатации кровеносных сосудов.

Депрессивные расстройства могут стимулировать формирование эндотелиальной дисфункции еще до формирования сердечно-сосудистых заболеваний. А.В.Говориным и соавт. (2006) отмечено, что у женщин среднего возраста с аффективными на-

рушениями степень дисфункции эндотелия, проявляющейся в изменениях эндотелий—зависимой дилатации крупных артерий, значимо положительно связана с выраженностью депрессии. Психогенный характер развития дисфункции эндотелия отмечен и во многих случаях «гипертонии белого халата» (О.Д.Остроумова и соавт., 2005).

Многочисленные данные о высокой частоте депрессивных расстройств при сердечно-сосудистых заболеваниях и их роли в молекулярно-клеточных механизмах патогенеза этой патологии определяют целесообразность применения психотропной коррекции, в частности, антидепрессантов, в комплексной терапии сердечно-сосудистых заболеваний.

I-6 ПРОВосПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ

Войченко Т.Ю., Горбунов В.В., Миргород Е.Э.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель. Изучить уровень провоспалительных цитокинов и временные параметры variability сердечного ритма у больных ИБС в сочетании с ХОБЛ.

Материалы и методы. Обследовано 81 человек: 27 человек страдали ИБС в сочетании с ХОБЛ, 24 — имели изолированную ИБС, остальные контрольная группа (здоровые — 20 человек). Возраст пациентов колебался от 38 до 73 лет, в среднем возраст составил $45 \pm 9,8$ лет. Группы сопоставимы по полу, возрасту, длительности заболевания и тяжести клинических проявлений. Всем больным, кроме общеклинических исследований, проводилось суточное холтеровское мониторирование ЭКГ при помощи мониторингового комплекса «Astrocard» (Москва) с одноименным программным обеспечением; variability ритма определялась при суточной записи и по коротким участкам ЭКГ. Для количественного определения фактора некроза опухолей альфа (ФНО— α), интерлейкина-1 β (ИЛ-1 β) и интерлейкина-6 (ИЛ-6) использовался твердофазный иммуноферментный анализ (ИФА) ООО «Протеиновый контур» г. Санкт-Петербург.

Результаты. Установлено, что в группе больных ИБС в сочетании с ХОБЛ отмечается увеличение симпатических влияний. Указанные нарушения вегетативной регуляции сердечного ритма данной группы больных проявлялись выраженным снижением показателей SDNN и SDANN. У всех обследуемых больных ИБС в сочетании с ХОБЛ отмечалось статистически значимое повышение уровня циркулирующих провоспалительных цитокинов ИЛ-1 β , ИЛ-6, а также ФНО— α , по сравнению с пациентами с изолированной ИБС и с группой контроля ($p < 0,01$).

Выводы. Сочетание ИБС и ХОБЛ сопровождается значительными нарушениями вегетативной регуляции сердечного ритма со снижением абсолютных значений временных параметров variability ритма сердца, а также гиперпродукцией провоспалительных цитокинов ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО— α .

I-7 ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ СРЕДИ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ

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

ГОУВПО «МГУ им. Н.П. Огарева», Саранск, Россия; *ФГУ «РКНПК Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи», Москва, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) является мультифакториальным заболеванием, где наследственный фактор может влиять на развитие патологического процесса через генетически обусловленную активность систем регуляции, одной из которых является ренин-ангиотензиновая система.

Целью настоящего исследования явилось изучение роли инсерционно-делеционного полиморфизма гена ангиотензин-превращающего фермента (АСЕ) в развитии АГ у лиц мордовской и русской национальностей, проживающих на территории Мордовии и являющихся аборигенами данной местности в течение трех поколений.

Проведено генеалогическое исследование, охватившее 218 человек с установленным диагнозом эссенциальной АГ, наличием семейной отягощенности по АГ хотя бы у одного родственника (бабушка/дедушка/отец/мать/брат/сестра). Все обследованные были разделены на две группы: в первую группу вошли больные мордовской национальности ($n=111$), во вторую группу — больные русской национальности ($n=107$). Пациенты обеих групп были достоверно сопоставимы по возрасту, уровню систолического и диастолического артериального давления (АД). Анализ полиморфных маркеров проводили методом ПЦР и ПДРФ с использованием соответствующих праймеров. Разделение фрагментов ДНК после амплификации и рестрикции проводили при помощи электрофореза в полиакриламидном или агарозном гелях.

В ходе исследования было определено достоверное ($p < 0,05$) преобладание гетерозиготных носителей генотипа I/D полиморфизма гена АСЕ среди пациентов как мордовской, так и русской национальностей (48,65% и 45,79% соответственно). Генотип I/D полиморфизма гена АСЕ чаще выявляется у пациентов мордовской национальности, но не достигает критерия достоверности.

Встречаемость генотипа II среди представителей мордовской этнической группы составила 23,42%, среди пациентов русской национальности — 25,24%. Генотип DD полиморфизма гена АСЕ был выявлен у 27,93% пациентов с АГ, входящих в состав мордовской этнической группы, и у 28,97% больных русской национальности.

Анализ частот аллелей I/D полиморфизма гена АСЕ показал, что у больных с семейной АГ мордовской национальности чаще встречается аллель I (51,02%), а в русской группе пациентов определяется более высокая встречаемость аллеля D (51,79%).

Таким образом, данное исследование показало отсутствие статистически значимых отличий у пациентов с семейной артериальной гипертензией мордовской и русской национальностей по встречаемости аллелей и генотипов инсерционно-делеционного полиморфизма гена ангиотензин-превращающего фермента.

I-8 ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА AGT2R1 У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ СРЕДИ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ

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

ГОУВПО «МГУ им. Н.П. Огарева», Саранск, Россия; *ФГУ «РКНПК Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи», Москва, Россия

В последнее время представляют интерес генетические факторы риска развития артериальной гипертензии, ключевым звеном патогенеза АГ на сегодняшний день признается дисфункция ренин-ангиотензиновой системы (РАС). Ген сосудистого рецептора ангиотензина 2 типа 1 (AGT2R1) локализуется в 3-й хромосоме (3q21-3q25). В данном гене известен A1166C-полиморфизм, который сказывается на функциональной активности рецептора и осуществлении эффектов ангиотензина-II в клетке. Предполагается, что повышенная активность рецептора за счет мутационной замены (генотип CC) может приводить к более выраженному гипертрофическому ответу клетки. Ряд исследований продемонстрировал, что носители C-аллеля и CC-генотипа имеют более высокие значения гипертрофии левого желудочка.

Целью данного исследования явилось изучение роли полиморфизма гена AGT2R1 в развитии гипертрофии левого желудочка у больных эссенциальной артериальной гипертензией мордовской и русской национальностей, проживающих на территории Республики Мордовия.

В рамках данной работы было обследовано 317 человек с эссенциальной артериальной гипертензией. Все обследованные бы-

ли разделены на две группы: в первую группу вошли пациенты мордовской национальности (n=202), вторую группу составили пациенты русской национальности (n=115). Молекулярно-генетические исследования проводились в лаборатории молекулярной генетики РКНПК им. Мясникова. ДНК выделена из лейкоцитов периферической крови методом фенол-хлороформной экстракции. Анализ полиморфных маркеров проводили методом ПЦР и ПДРФ с использованием соответствующих праймеров. Разделение фрагментов ДНК после амплификации и рестрикции проводили при помощи электрофореза в полиакриламидном или агарозном гелях. Группы были репрезентативны по возрастному половому критерию и уровням систолического и диастолического артериального давлений.

В ходе исследования определено, что как среди мордовской, так и русской национальностей статистически значимо чаще встречается генотип AA ($p < 0,001$). Среди пациентов мордовской национальности частота данного генотипа составила 65,35%, среди русских – 66,95%. Наименьшая встречаемость среди пациентов обеих национальностей отмечается для генотипа CC, ассоциирующегося с более высокой вероятностью развития гипертрофии левого желудочка (2,97% среди мордвы и 2,61% среди русских). Частота встречаемости гетерозиготного варианта AC изучаемого гена среди коренного населения Республики Мордовия составила: у пациентов первой группы – 31,68%, у больных второй группы – 30,43%.

Резюмируя вышеизложенное, можно сделать заключение, что носители CC-генотипа имеют более высокие значения гипертрофии левого желудочка независимо от национальности.

I-9 ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ИШЕМИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ В ДО- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Дюжиков А.А., Терентьев В.П., Дюжикова А.В.

Центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии ГУЗ РОКБ ГОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

Целью работы явилось неинвазивное эхо-доплеркардиографическое изучение особенностей формирования ишемии миокарда у больных со стенозом аортального клапана (АК) в до- и послеоперационном периоде.

Материал и методы: обследовано 19 пациентов со стенозом АК. Средний возраст больных составил 58 ± 6 лет. Длительность заболевания в среднем составила 5,8 лет, ревматический анамнез порока отмечен у 7 пациентов, атеросклеротический у 5. У всех больных отмечалась стенокардия напряжения 2-3 ФК (по ССС). Расширенное эхо-доплеркардиографическое исследование проводили на аппарате экспертного класса Sonos 7500 фирмы Philips. Изучали показатели продольной, региональной, глобальной систолической функции миокарда ЛЖ. Всем пациентам была выполнена коронарография. В 4 случаях выявлены «гемодинамически значимые» стенозы коронарных артерий. Исходя из поставленных задач, все больные были разделены на 2 группы: контрольную группу составили пациенты с восстановленной систолической функцией миокарда ЛЖ в послеоперационном периоде (n=11, из них 3 человека с установленным «гемодинамически значимым стенозом» коронарной артерии); основную группу – пациенты с нарушенной систолической функцией миокарда ЛЖ (n=8, из них 1 человек с установленным «гемодинамически значимым стенозом» коронарной артерии) после выполнения протезирования АК и аортального шунтирования.

Результаты исследования: в дооперационном периоде у всех больных наблюдалась продольная, региональная систолическая дисфункция миокарда ЛЖ. Амплитуда движения фиброзного кольца митрального клапана (ФМК) в области боковой, нижней стенок ЛЖ составила $1,4 \pm 0,2$, систолическая скорость движения ФМК в области передне-боковой, задне-боковой, нижней стенок ЛЖ в среднем $6,5 \pm 1,5$ см/с. ИНСС $1,375 \pm 0,25$, ФВ ЛЖ – $50 \pm 8,6\%$. ИММ оказался в пределах 198 ± 10 г/м². В послеоперационном периоде в контрольной группе амплитуда дви-

жения МФК в области боковой стенки ЛЖ, нижней стенки в среднем составила $2,0 \pm 0,3$. Sm в области передне-боковой стенки ЛЖ, задне-боковой нижней стенок ЛЖ – $9,4 \pm 0,72$ см/м², ИНСС – 1,0, ФВ ЛЖ – $64 \pm 6\%$, ИММ – 190 ± 8 г/м². В основной группе амплитуда движения МФК в области боковой стенки ЛЖ, нижней стенки в среднем составила $1,6 \pm 0,2$. Sm в области передне-боковой стенки ЛЖ, задне-боковой нижней стенок ЛЖ – $7,4 \pm 0,91$ см/м², ИНСС – $1,25 \pm 0,25$, ФВ ЛЖ – $56 \pm 4\%$, ИММ – 194 ± 10 г/м².

Выводы: Среди больных со стенозом АК, имеющих клинические манифесты ИБС, согласно полученным данным, только в 13% случаев причиной ишемии миокарда явился гемодинамически значимый стеноз коронарной артерии, в остальных случаях ишемия была обусловлена изменениями интрамурального микрососудистого русла и особенностями внутрисердечной гемодинамики.

I-10 ДЕТЕРМИНИРУЮЩАЯ РОЛЬ МИКРОСОСУДИСТОГО СТАТУСА В ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Елисева Л.Н., Бледнова А.Ю., Бочарникова М.И., Сергеева Т.Б.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Адекватная антигипертензивная терапия ассоциируется со снижением риска тяжелых осложнений гипертонической болезни (ГБ), однако высока недостаточная эффективность традиционного лечения, что может быть связано с неоднозначностью функциональных и органических изменений периферического звена кровообращения, обеспечивающего сосудистую резистентность.

Цель: изучить особенности изменения системы микроциркуляции (МЦ) у больных ГБ и их значимость в реализации антигипертензивной терапии.

Исследована система МЦ методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) у 364 больных ГБ I – III стадии и 68 здоровых лиц. 94 пациента II стадии ГБ наблюдались в течение года монотерапии моксонидином (М) и 86 больных – бетаксололом (Б). Концентрацию плазменных маркеров эндотелиальной функции определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа, адренореактивность мембран эритроцитов – биохимически.

Результаты. Установлено прогрессивное уменьшение частоты нормоциркуляторного типа МЦ (соответственно 64,8%, 48,8% и 24,0% в I, II и III стадии ГБ) на фоне нарастания встречаемости патологических типов при усилении тяжести ГБ (соответственно на 23,8%, 33,8%, 46,8% для спастического (СПСТ) и 9,1%, 13,4%, 22,9% – для статического (СТЗТ) типов), четкой зависимости от степени повышения АД не выявлено.

У пациентов со СТЗТ типом МЦ имелись более выраженные нарушения регуляции периферического кровотока нарастающие с усилением тяжести ГБ и не восстанавливаемые при выполнении функциональных проб (дыхательной, окклюзионной, с нитроглицерином). При СПСТ способность к изменению кровотока во время функциональных проб была наибольшей, что свидетельствует об обратимости этих нарушений. Определена сильная прямая связь между плазменной концентрацией маркеров вазомоторной активности эндотелия и эндотелиальной составляющей ЛДФ-граммы.

При однонаправленном и близком по значению антигипертензивном эффекте, длительная терапия М оказалась более значимой в отношении коррекции почечного микрокровотока, симпатно-адреналовой активности, качества жизни, частоты формирования нормоциркуляторного типа МЦ в сравнении с монотерапией Б. Наибольшие сдвиги выявлены у пациентов с ожирением. Установлено отсроченное (более 3 месяцев) влияние антигипертензивной терапии обоими препаратами на МЦ по сравнению с общепопулярными и макрогемодинамическими сдвигами.

Выводы. Прогрессирование ГБ сопровождается нарастанием частоты патологических типов МЦ. У больных II стадией ГБ значимые изменения на уровне МЦ под влиянием симпатолитичес-

кой терапии проявляются не ранее 3 месяцев регулярного лечения. Монотерапия моксонидином и бетаксололом эффективна только у больных с нормоциркуляторным и спастическим типами МЦ. Стазический тип МЦ наиболее устойчив к медикаментозным и немедикаментозным воздействиям.

I-11 НАРУШЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ И ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Елисеева Л.Н., Карчин О.В., Шадрюнова Е.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Современный период характеризуется лидирующим значением заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС) среди причин смерти трудоспособного населения развитых стран. Особое внимание уделяется роли периферического звена кровообращения в прогрессировании структурных нарушений, наибольшая тяжесть которых предполагается у больных с комплексом взаимосвязанных нарушений углеводного и жирового обмена обозначаемого понятием метаболического синдрома (МС). В клинической практике отмечается частое сочетание ожирения и развития хронического панкреатита (ХП).

В связи с вышеуказанным, мы провели сравнительное изучение изменений в системе микроциркуляции (МЦ) у 48 больных МС, имеющих признаки ХП. Контрольную группу составили 25 больных ХП с нормальным весом.

Наряду с общеклиническим и биохимическим обследованием оценивали систему МЦ методом лазерной доплерофлоуметрии на аппарате ЛАКК 01, активность симпатической нервной системы по уровню адренореактивности клеточных мембран (биохимически). Микроальбуминурия (МАУ) определялась иммуноферментным методом.

Результаты. Установлено более выраженное нарушение показателей системы МЦ у больных с признаками МС. Так нормоциркуляторный тип определен только у 36,3% больных, тогда как у больных гипертонической болезнью II стадии (ГБ) он встречался в 48,6%, при ХП в 68,9%, а у здоровых лиц в 75,8%. В то же время стазический тип МЦ определен соответственно в 25,1%, 12,3%, 10% и 6,9%. Все пациенты с МС имели гиперкинетический микрогемодинамический тип МЦ с нарушением регуляции сосудистого тонуса в виде жестких значений коэффициента вариации (1,9 усл.ед. против 6,4 усл.ед. у больных с ХП и 16,5 усл.ед. у здоровых). Определено достоверное повышение активности эндотелия по данным ЛДФ-граммы (на 26,3%), наличие высокого нейрогенного (133,3%) и миогенного (160%) сосудистого тонуса в группе пациентов МС с ХП, в сравнении с больными изолированным ХП с нормальным весом. Одновременно установлено увеличение значений индекса эффективности микроциркуляции, что свидетельствует о напряжении механизмов регуляции периферического кровотока. Значения МАУ у пациентов с МС почти в 2 раза превышали показатели пациентов ГБ с нормальным весом.

Таким образом, в группе больных, имеющих сочетание метаболического синдрома и хронического панкреатита, определяются нарушения регуляции кровотока на уровне микроциркуляции с усилением активности симпатической нервной системы и гиперкинетическим типом кровотока, дисрегуляцией между нейрогенным и вазомоторными компонентами сосудистого тонуса. Вклад изолированного ХП в изменения микроциркуляторного русла несущественен.

I-12 ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ КАК ФАКТОР РИСКА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Загидуллин Н.Ш., Травникова Е.О., Загидуллин Ш.З., Зулкарнеев Р.Х., Абрахманова Г.М.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Республика Башкирия

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

так и с общей смертностью, однако для больных с острым коронарным синдромом (ОКС) уровень ЧСС в отношении смертности в прогностическом плане установлен не был.

Цель. Оценить зависимость выживаемости больных, госпитализированных в городскую многопрофильную клиническую больницу с диагнозом ОКС, от ЧСС в процессе лечения с целью оптимизации лечебных мероприятий.

Материалы и методы. Ретроспективное исследование историй болезни 100 больных с острым коронарным синдромом в многопрофильной городской клинической больнице г.Уфы в отделениях интенсивной терапии и реанимации. При анализе историй болезни в группе «выживших» (n=75) и «умерших» (n=25) регистрировались и вычислялись следующие параметры: ЧСС при поступлении, в отделениях, среднее ЧСС в стационаре, разница между ЧСС в приемном отделении и при выписке, среднее ЧСС в реанимации и т.п. При статистической обработке использовались достоверность различий для критерия Стьюдента в парных группах, ROC анализ, корреляционный анализ Спирмена.

Результаты. Проведен анализ 100 историй болезни больных (58 мужчин, 42 женщины), из которых 75 выжили и 25 умерли. Средний возраст больных составил 66,1±1,4 лет, инфаркт миокарда в анамнезе был установлен у 24 больных. Средняя ЧСС при поступлении в стационар оказалась равной 81,1, при поступлении в отделение реанимации – 86,7 ударов в минуту. В течение всей госпитализации в стационаре в 1-й группе больных ЧСС резко снижалась на второй день (с 82,1±1,6 до 71,2±1,5 уд/мин), затем имело тенденцию к снижению до 67,8±1,4 на 23 день. В группе «выживших» при поступлении ЧСС была достоверно меньше, чем во второй (83,8±4,1 против 80,9±1,53, p>0,05). В то же время, ЧСС в первой группе достоверно снижалась при выписке (80,9±1,53 против 67,6±0,7, p<0,001), а во второй – достоверно увеличивалась в момент смерти (83,8±4,1 против 90,7±4,3, p>0,05). ЧСС в реанимации имела прямую корреляцию средней степени связи со смертностью (с силой связи 0,41). При построении линейной регрессии в первой группе ЧСС прогрессивно снижалась, в то же время во второй она оставалась на том же уровне. ROC анализ ЧСС больных в интенсивной терапии выявил точку разделения 77 уд/мин – ЧСС выше данного параметра ассоциировалась с высоким риском смерти.

Выводы. Показана значимость ЧСС как фактора риска сердечно-сосудистой смертности у больных с ОКС. ЧСС повышалась в первые дни ОКС и прогрессивно снижалась до момента выписки из стационара. ЧСС менее 77 ударов в минуту для больных, поступающих в отделение интенсивной терапии с диагнозом ОКС, является критерием благоприятного исхода заболевания.

I-13 УРОВЕНЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА-1 β, ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 И ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ-α У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, СТРАДАЮЩИХ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Козлова С.Н., Голубев А.В., Крылова Ю.С., Сысоев К.А.

ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова Росмедтехнологий», СПбГМУ имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования. Определить уровни интерлейкина-1β (ИЛ-1β), интерлейкина-6 (ИЛ-6) и фактора некроза опухоли-α (ФНО-α) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), страдающих аффективными расстройствами тревожно-депрессивного спектра.

Методы исследования. Было обследовано 46 больных, страдающих ИБС: стабильной стенокардией I-III функциональных классов и постинфарктным кардиосклерозом. Все больные тестировались с помощью скринингового опросника аффективных расстройств – 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. Содержание цитокинов в

крови оценивалось методом иммуноферментного анализа с помощью тест-системы BioPlex (Франция).

Результаты. На основании данных психопатологического обследования все пациенты были разделены на 3 группы. Первую группу составили 32 больных с клинически значимыми тревожно-депрессивными расстройствами, вторую – группу контроля1 – 14 больных ИБС без аффективных нарушений, третью – группу контроля2 – 14 больных, страдающих тревожно-депрессивными расстройствами без проявлений сердечно-сосудистой патологии. В группе больных ИБС с тревожно-депрессивными расстройствами уровень ИЛ-1 β составил $0,32 \pm 0,05$ пг/мл, ИЛ-6 – $1,02 \pm 0,18$ пг/мл, ФНО- α – $0,59 \pm 0,2$ пг/мл. В группе контроля1 уровень ИЛ-1 β составил $0,27 \pm 0,04$ пг/мл, ИЛ-6 – $0,73 \pm 0,12$ пг/мл, ФНО- α – $0,12 \pm 0,07$ пг/мл. В группе контроля2 уровень ИЛ-1 β составил $0,24 \pm 0,03$ пг/мл, ИЛ-6 – $0,6 \pm 0,12$ пг/мл, ФНО- α – $0,69 \pm 0,18$ пг/мл. В группе контроля2 – больных с тревожно-депрессивными расстройствами без сердечно-сосудистых заболеваний – уровень ФНО- α был достоверно выше, чем в группе больных с ИБС без тревожно-депрессивных расстройств ($p=0,006$). Была отмечена одна недостоверная тенденция: в той же группе контроля2 уровень ФНО- α был выше, чем в группе больных с ИБС, страдающих тревожно-депрессивными расстройствами ($p=0,08$). Другие различия были статистически недостоверны.

Выводы. По данным нашего исследования, в группе больных ИБС с тревожно-депрессивными расстройствами уровни всех трех цитокинов были выше, чем в контрольной группе ИБС без тревожно-депрессивных расстройств, что может свидетельствовать в пользу “цитокиновой” теории депрессии. Однако, разница не была статистически достоверной, возможно это связано с недостаточно большим числом участников исследования. Уровни интерлейкинов в этой группе были также выше, по сравнению с группой больных с аффективными нарушениями без ИБС, и только ФНО- α был достоверно ниже, что может быть связано с выраженностью депрессии у пациентов с аффективными расстройствами.

I-14 ЗНАЧИМОСТЬ СУТОЧНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ТУРБУЛЕНТНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПОЖИЛЫХ МУЖЧИН С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Коновалова А.А.***, Гуляева Е.Н.***, Шабалин А.В.**

ГУЗ Кемеровская областная клиническая больница***, Кемерово, Россия; Кемеровская государственная медицинская академия**, Кемерово, Россия; Новосибирский государственный медицинский университет*, Новосибирск, Россия

Турбулентность сердечного ритма является сравнительно новым способом оценки функции барорефлекса, к которой в последние годы привлечено особое внимание исследователей. При этом является актуальной как разработка критериев турбулентности, так и анализ возможностей использования этого феномена для уточнения степени сердечно-сосудистого риска у больных эссенциальной артериальной гипертензией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС). В связи с этим целью настоящего исследования явилось изучение показателей турбулентности сердечного ритма по данным суточного мониторирования ЭКГ у мужчин с АГ пожилого возраста и высокого сердечно-сосудистого риска.

Группа обследованных была представлена 55 мужчинами с АГ III ст., риском 4, в среднем возрасте $68,4 \pm 2,3$ лет. Диагностика АГ осуществлялась с учетом рекомендаций ВНОК (2004). Всем больным проводилась оценка качества жизни (КЖ) по шкале оценки SF-36, уровня депрессии с помощью опросника Бека, реактивной и личностной тревожности по шкале оценки Ч. Спилбергера и Ю.Л. Ханина, Эхо-КГ, суточное мониторирование ЭКГ с оценкой вариабельности сердечного ритма, а также изучение турбулентности сердечного ритма с оценкой начала турбулентности (ТО) и наклона турбулентности (ТС) по данным суточного мониторирования ЭКГ. Группу сравнения составили 25 мужчин с АГ в возрасте $46,3 \pm 3,8$ лет.

Выявлено, что пожилые больные с высоким сердечно-сосудистым риском отличались от группы сравнения увеличением показателей ТО и уменьшением ТС ($P < 0,05$). В дальнейшем пожилые мужчины были разделены на две подгруппы в зависимости от значения ТО в ночное время. Было выявлено, что патологические значения ТО в ночное время ассоциируют с достоверным ($P < 0,05$) увеличением индекса массы тела (ИМТ), среднесуточной частотой сердечных сокращений (ЧСС), значением амбулаторного систолического артериального давления, снижением циркадного индекса ЧСС, уменьшением мощности низко- и высокочастотной составляющих спектра вариабельности сердечного ритма, удлинением QT по данным стандартной ЭКГ, увеличением минутного объема кровотока (МОК), и индекса массы миокарда левого желудочка сердца (iMMLЖ).

Уравнение многофакторного регрессионного анализа, включившее в качестве независимых переменных 12 параметров клинико-функционального статуса пожилых больных, выявило, что на снижение ТО ночью независимое влияние оказывает индекс массы миокарда левого желудочка сердца.

Вывод: анализ турбулентности сердечного ритма у пожилых больных АГ способен уточнять степень тяжести их клинического состояния, и может быть полезен при стратификации сердечно-сосудистого риска.

I-15 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СОСУДОВ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ В РАЗНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ

Котова Д.П., Автандилов А.Г., Петросян К.Р.

ГОУ ДПО «Российская медицинская академия последиplomного образования» Росздрава, Москва, Россия

Цель исследования: изучить особенности ремоделирования сосудов у женщин с ожирением в разные возрастные периоды.

Материалы и методы. Обследованы 83 женщины с индексом массы тела (ИМТ) более 25 кг/м^2 (средний показатель ИМТ – $30,7 \pm 4,0$) и 45 женщин с нормальной массой тела (средний показатель ИМТ – $22,3 \pm 2,0$) без сердечно-сосудистых и эндокринных заболеваний. Все женщины были разделены на три возрастные подгруппы: 1 группа (пож=28; пконтр=16) – с 20 до 40 лет, 2 группа (пож=30; пконтр=14) с 41 года до 55 лет, 3 группа (пож=25; пконтр=15) старше 56 лет. Всем пациенткам измеряли вес и рост с подсчетом ИМТ, окружность талии (ОТ) и бедер (ОБ), проводилось ультразвуковое дуплексное сканирование сонных (ОСА) и плечевых артерий (ПА) с измерением толщины комплекса интима-медиа (ТКИМ) ОСА, площади поперечного сечения КИМ (ППС КИМ) ОСА, проведен тест реактивной гиперемии для оценки эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД) ПА. Увеличение диаметра ПА через 60-90 секунд на фоне реактивной гиперемии на 10% и более считали нормальной реакцией.

Результаты. При сравнении показателей ТКИМ ОСА подгрупп с ожирением и контрольных подгрупп выявлено достоверное увеличение ТКИМ в группе с ожирением, причем в 1 и 2 подгруппах различия достигали высокой степени достоверности (подгруппы до 40 лет – $0,68 \pm 0,07$ мм против $0,56 \pm 0,06$ мм, $p < 0,05$; подгруппы от 41 до 55 лет – $0,83 \pm 0,1$ мм против $0,69 \pm 0,07$ мм, $p < 0,05$; подгруппы старше 56 лет – $0,99 \pm 0,11$ мм против $0,88 \pm 0,1$ мм, $p < 0,05$). Как в группе с ожирением, так и в группе контроля ТКИМ достоверно увеличивалась с возрастом, но в старшей подгруппе пациенток с ожирением этот показатель превышал норму. Показатели ППС КИМ с возрастом достоверно увеличивались и были достоверно выше во всех возрастных подгруппах с ожирением по сравнению с контрольными (подгруппы до 40 лет – $13,4 \pm 2,2$ против $10,3 \pm 1,45$, $p < 0,05$; подгруппы от 41 до 55 лет – $17,09 \pm 3,1$ против $13,4 \pm 2,0$, $p < 0,05$; подгруппы старше 56 лет – $22,1 \pm 3,7$ против $19,1 \pm 2,5$, $p < 0,05$).

С возрастом в исследуемых группах наблюдалось достоверное снижение показателя ЭЗВД, но у женщин с ожирением во 2 и 3 подгруппах наблюдалось снижение ЭЗВД ниже 10%. При сравнении с контрольными подгруппами в подгруппах с ожирением показатели ЭЗВД были достоверно ниже ($15,7 \pm 5,1$ против $20,9 \pm 6,1$; $9,9 \pm 3,2$ против $16,9 \pm 5,1$; $7,5 \pm 2,1$ против $11,7 \pm 2,6$, соответственно, $p < 0,05$).

Выводы. У женщин с ожирением выявлено значимое утолщение КИМ ОСА, увеличение ППС КИМ, снижение ЭЗВД, по сравнению с группой контроля. Таким образом, исследование сосудов у женщин с ожирением необходимо рекомендовать для выявления и формирования групп риска, нуждающихся в дополнительном обследовании и более тщательном наблюдении.

I-16 **МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Кошечкина И.Н.¹, Чесникова А.И.¹, Терентьев В.П.¹, Можаява Н.Н.², Арсентьева Т.В.³, Жертовская Т.В.¹

ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет Росздрава»¹, Ростов-на-Дону, Россия; Центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии ГУЗ РОКБ², Ростов-на-Дону, Россия; Городская поликлиника № 103, Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования. Выявить морфометрические и структурно-геометрические особенности левого желудочка (ЛЖ) у пациентов, страдающих как артериальной гипертензией (АГ), ишемической болезнью сердца (ИБС), так и при наличии их сочетания.

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 эхокардиографических показателей ЛЖ показал, что наименьшие значения левого предсердия (34,9±0,7 мм), конечно-диастолического размера (45,2±0,7 мм), индекса относительной толщины стенок ЛЖ в диастолу (0,46±0,01) имели пациенты 1-й группы, страдающие изолированной АГ (p<0,05). Самые выраженные изменения были выявлены у пациентов 3-й группы с сочетанием АГ и ИБС: линейные и объемные размеры ЛЖ (КДР – 49,2±0,8 мм, КДО – 118,86±4,38 мл), толщина межжелудочковой перегородки (12,8±0,3 мм) и ММЛЖ (230,6±8,4 г) превышали значения аналогичных показателей в сравниваемых группах (p<0,05). Кроме того, у больных с АГ в большинстве случаев наблюдался концентрический тип ремоделирования: концентрическая гипертрофия ЛЖ – в 36,4%, концентрическое ремоделирование ЛЖ – в 30,3% случаев. У пациентов 2 группы, имеющих изолированную ИБС, в 42,9% случаев встречалась концентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ и в равном проценте – 23,8% – концентрическое ремоделирование и эксцентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ, что вероятно связано с наличием в анамнезе перенесенного ранее инфаркта миокарда у 52,4% пациентов этой группы. Больные 3-й группы, имеющие как АГ, так и ИБС сочетали признаки разных типов ремоделирования (концентрического и эксцентрического) с преобладанием концентрической формы: концентрическая гипертрофия ЛЖ регистрировалась в 47,1% случаев, концентрическое ремоделирование ЛЖ – в 20,5%, эксцентрическая гипертрофия ЛЖ – в 16,2% случаев. Нормальная геометрия ЛЖ у пациентов с изолированной АГ встречалась в 18,2% случаев, у больных ИБС – в 9,5%, а у лиц с сочетанием АГ и ИБС – в 16,2% случаев.

Выводы. Особенности ремоделирования миокарда ЛЖ у больных с сочетанием АГ и ИБС, безусловно, связаны с патологической перестройкой, обусловленной как той, так и другой нозологической формами, приводит к серьезным гемодинамическим нарушениям, что необходимо учитывать при выборе медикаментозной терапии.

I-17 **СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА И ДВС-СИНДРОМА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ**

В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ, ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И ЛОКАЛИЗАЦИИ КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Крашутский В.В., Пырьев А.Н.

ФГУ «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого Минобороны России», Красногорск, Россия

Цель: изучить зависимость степени тяжести периоперационного инфаркта миокарда и ДВС-синдрома после коронарного шунтирования от состояния центральной гемодинамики, времени искусственного кровообращения и локализации коронарного вмешательства.

Методы исследования: проанализированы параметры центральной гемодинамики, время искусственного кровообращения, локализация коронарного вмешательства и состояние системы гемостаза на материале 100 историй болезни больных ишемической болезнью сердца (ИБС), которым было выполнено коронарное шунтирование (КШ), 60 из них – с благоприятным течением заболевания после операции (контрольная группа), 40 – с периоперационным инфарктом миокарда (ИМ), в том числе: 15 – с нефатальным ИМ, 15 – с фатальным ИМ без геморрагических осложнений, 10 – с фатальным ИМ с геморрагическими осложнениями.

Полученные результаты. Установлено, что тяжесть периоперационного ИМ и ДВС-синдрома находились в прямой зависимости от частоты шунтирования задней межжелудочковой артерии (ЗМЖА), ветви тупого края (ВТК) и правой коронарной артерии (ПКА), но в обратной зависимости от частоты реваскуляризации огибающей артерии (ОА). Так, если в группе больных ИБС, у которых суммарный процент реваскуляризации ЗМЖА, ВТК и ПКА составил 24,2%, развился нефатальный ИМ на фоне пограничного состояния между хроническим и подострым ДВС-синдромом, а в группе больных, у которых суммарный процент реваскуляризации ЗМЖА, ВТК и ПКА составил 37,8%, развился фатальный ИМ без геморрагических проявлений на фоне подострого ДВС-синдрома, то в группе больных ИБС, у которых суммарный процент реваскуляризации ЗМЖА, ВТК и ПКА составил 58,4%, развился фатальный ИМ с геморрагическими осложнениями на фоне пограничного состояния между подострым и I стадией острого ДВС-синдрома. Установлено также, что чем больше конечный диастолический объем (КДО) левого желудочка (ЛЖ) сердца, и чем больше время искусственного кровообращения (ИК), тем тяжелее периоперационный ИМ после КШ и соответственно тяжелее ДВС-синдром.

Вывод: состояние центральной гемодинамики, место коронарного вмешательства и продолжительность искусственного кровообращения у больных ИБС имеют значение для прогноза тяжести течения периоперационного ИМ и ДВС-синдрома после КШ: чем больше КДО ЛЖ, время ИК и суммарный процент реваскуляризации ЗМЖА, ВТК и ПКА, тем тяжелее периоперационный ИМ и ДВС-синдром.

I-18 **СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА И ДВС-СИНДРОМА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА**

Крашутский В.В., Пырьев А.Н.

ФГУ «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого Минобороны России», Красногорск, Россия

Цель: изучить зависимость степени тяжести периоперационного инфаркта миокарда и ДВС-синдрома после коронарного шунтирования от состояния липидного обмена.

Методы исследования: проанализировано состояние липидного обмена и системы гемостаза у 100 больных ишемической болезнью сердца (ИБС), которым было выполнено коронарное шунтирование (КШ), 60 из них – с благоприятным течением заболева-

ния после операции (контрольная группа), 40 – с периперационным инфарктом миокарда (ИМ), в том числе: 15 – с нефатальным ИМ, 15 – с фатальным ИМ без геморрагических осложнений, 10 – с фатальным ИМ с геморрагическими осложнениями.

Полученные результаты. Установлено, что чем выше у больных ИБС исходная концентрация общего холестерина (ХС) и холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП), тем тяжелее периперационный ИМ после КШ и соответственно тяжелее ДВС-синдром. Так, при исходном уровне общего ХС=6,56±0,74 ммоль/л и ХС-ЛПНП=4,34±0,6 ммоль/л имел место нефатальный ИМ с нарушениями системы гемостаза в форме пограничного состояния между хроническим и подострым ДВС-синдромом, при исходном уровне общего ХС=7,58±0,263 ммоль/л и ХС-ЛПНП=5,42±0,238 ммоль/л – фатальный ИМ без геморрагических проявлений с нарушениями системы гемостаза в форме подострого ДВС-синдрома, то при исходном уровне общего ХС=8,64±0,317 ммоль/л и ХС-ЛПНП=6,57±0,315 ммоль/л – фатальный ИМ с геморрагическими осложнениями и нарушениями системы гемостаза в форме пограничного состояния между подострым и I стадией острого ДВС-синдрома. Все это позволяет заключить, что высокие концентрации общего ХС (более 8 ммоль/л) и ХС-ЛПНП (более 6 ммоль/л) вызывают не только атеросклеротическое повреждение крупных артерий, но и сказываются на сосудистой проницаемости микроциркуляторного русла.

Вывод: состояние липидного обмена имеет значение для прогноза тяжести течения периперационного ИМ и ДВС-синдрома после КШ: чем выше исходное содержание общего холестерина и ХС-ЛПНП, тем тяжелее периперационный ИМ и ДВС-синдром.

I-19 РОЛЬ НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ АРИТМИЯХ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кучеренко О.Д.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель исследования. Изучить патогенетические механизмы дисфункции эндотелия при суправентрикулярной, желудочковой экстрасистолии и мерцательной аритмии у больных сахарным диабетом (СД) II-го типа.

Материалы и методы. Для определения роли нейрогуморальных факторов в развитии дисфункции эндотелия и нарушений ритма сердца нами проведено сравнительное исследование уровня эндотелина-1, показателей системы ренин-ангиотензин-альдостерон, цГМФ, адреналина, норадреналина у больных СД и группы здоровых лиц. Обследовано 14 больных с желудочковой экстрасистолией (ЖЭ), 11 – с суправентрикулярной экстрасистолией, 12 – с пароксизмальной формой мерцательной аритмии (МА) и 11 – здоровых лиц. Возраст обследованных лиц составил 54,3±2,2 года. Обследования больных проводили с использованием стандартных коммерческих тест систем.

Результаты исследования. Анализ полученных результатов показал, что концентрация эндотелина-1 была максимальной у больных с пароксизмальной мерцательной аритмией 11,09±0,38 пг/мл и желудочковой экстрасистолией 8,31±0,39 пг/мл, что значительно выше, чем у группы здоровых лиц 3,96±0,38 пг/мл (P<0,05). При изучении показателей системы ренин-ангиотензин-альдостерон было установлено, что активность ренина плазмы и уровень AngII достоверно превышали показатели контрольной группы у больных ЖЭ и пароксизмальной МА. Наряду с этим у этих же больных определялось увеличение активности симпатoadреналовой системы, о чем свидетельствовало увеличение уровней адреналина и норадреналина. Уровень цГМФ был наиболее низким у больных с МА 5,34±0,33 ммоль/л и ЖЭ – 5,84±0,21 ммоль/л, что существенно отличалось от показателей контрольной группы 7,32±0,31 ммоль/л (P<0,05).

Выводы. Наличие аритмий у больных сахарным диабетом сопряжено с повышением уровня эндотелина-1, активизацией ренин-ангиотензин-альдостероновой и симпатoadреналовой систем, снижением уровня цГМФ.

Кучеренко Олег Данилович, 61111, г. Харьков, Украина, Салтовское шоссе, дом 157, кв. 23; +38057-713-08-13; email: jurewgg@mail.ru

I-20 ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Лаврик Е.А., Чесникова А.И., Мельникова Е.Г.

ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет», Ростов-на-Дону, Россия

Цель: выявить особенности хронической сердечной недостаточности (ХСН) у мужчин и женщин, перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

Материал и методы: обследовано 90 пациентов с ХСН II-III ФК (45 мужчин и 45 женщин), перенесших инфаркт миокарда (1-я группа) и 30 пациентов (15 мужчин и 15 женщин), страдающих ХСН, но не имеющих ИМ в анамнезе (2-я группа). Средний возраст мужчин 1-й группы составил – 56,8±0,98 лет, женщин – 62,42±1,32 лет. Мужчины 2-й группы были несколько старше – 60,2±2,1 лет, возраст женщин с ХСН без ИМ в анамнезе был 59,62±1,81 лет. Всем обследованным осуществлялась оценка клинической выраженности ХСН по ШОКС в модификации Мареева В.Ю., проводился тест 6-минутной ходьбы, эхокардиографическое исследование.

Результаты: по данным эхокардиографии у женщин, перенесших ИМ выявлены достоверно большие размеры полости левого желудочка (ЛЖ) в систолу (КСР, КДО, ИКДО) в сравнении с пациентками с ХСН без ИМ в анамнезе. Кроме того, диастолическая дисфункция у женщин 1-й группы была более выраженной. Анализ линейных и объемных параметров ЛЖ у мужчин показал, что пациенты, перенесшие ИМ, имели достоверно большие размеры полости ЛЖ и в систолу, и в диастолу (КСР, КСО, ИКСО, КДР, КДО, ИКДО). При оценке результатов исследования диастолической функции достоверных различий между группами выявлено не было. Фракция выброса (ФВ) была ниже у мужчин и у женщин 1-й группы в сравнении с пациентами 2-й группы, однако достоверные различия выявлены лишь в группе мужчин. При сравнительном анализе эхокардиографических показателей мужчин и женщин с ХСН, перенесших ИМ, выявлено, что мужчины имели более выраженное расширение полости ЛЖ в систолу (ИКСО-31,86±1,66 против 26,10±1,58 мл/м², p=0,014), а также в большей степени сниженную ФВ (54,93±1,27% у мужчин, 60,33±1,42%, p=0,006 – у женщин). По результатам проведенного теста 6-минутной ходьбы, а также оценки клинической выраженности ХСН по ШОКС в модификации Мареева В.Ю. было выявлено, что пациенты, перенесшие ИМ, имеют достоверно большую выраженность ХСН в сравнении с больными с ХСН, не имеющими инфаркта в анамнезе. Сравнительный анализ полученных показателей у мужчин и женщин, перенесших ИМ, показал, что женщины имеют более тяжелый функциональный класс ХСН.

Выводы: несмотря на сохраненную систолическую функцию у пациентов с ХСН, перенесших ИМ, процессы патологического ремоделирования ЛЖ у них более выражены, что находит свое отражение в большей тяжести ФК ХСН. Большая выраженность проявлений ХСН у женщин, перенесших ИМ, вероятно, обусловлена, в значительной степени нарушенной диастолической функцией ЛЖ.

I-21 ЖЕСТКОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ КАК МАРКЕР ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Магдеева Н. А., Ребров А. П.

Саратовский государственный медицинский университет, Саратов, Россия

Согласно современным данным подагра часто ассоциируется с возникновением патологии сердечно-сосудистой системы, ар-

териальной гипертензией (АГ), ишемической болезнью сердца. Многочисленные исследования посвящены изучению эндотелиальной дисфункции при различных заболеваниях. Актуальной проблемой представляется выявление ранних, обратимых маркеров дисфункции эндотелия, одним из которых является жесткость сосудистой стенки.

Цель работы – выявление изменений жесткости сосудистой стенки в качестве маркера дисфункции эндотелия у больных подагрой и артериальной гипертензией.

Материал и методы. Обследовано 30 больных подагрой в возрасте от 30 до 70 лет (средний возраст $52 \pm 9,6$). Критерии исключения: ассоциированные с артериальной гипертензией состояния, хронические болезни в стадии обострения, острый приступ подагрического артрита. Все пациенты страдали АГ (длительность болезни от 1 года до 30 лет). Кроме того, обследовано 20 больных гипертонической болезнью (ГБ), сопоставимых по возрасту, полу, сопутствующей патологии, категории риска, получаемой гипотензивной терапии. При обследовании проводилась неинвазивная артериография (артериограф «TensioClinic»). Определялся индекс аугментации (АИХ), по которому судят о ригидности аорты и периферическом сосудистом сопротивлении; скорость пульсовой волны в аорте (PWV) – отражает эластические свойства аорты.

Результаты/обсуждение. В контрольной группе АИХ составил $39,83 \pm 27,38\%$, показатели резистентности сосудистой стенки у 85% были в норме. В группе больных подагрой АИХ составил $13,41 \pm 26,5\%$, повышенные показатели резистентности сосудистой стенки были у 44%. У больных ГБ индекс аугментации $6 \pm 8\%$, превышение нормального уровня отмечалось у 60% больных. Следовательно, у больных подагрой в сочетании с артериальной гипертензией и больных ГБ значительно повышена жесткость артерий ($p < 0,05$) по сравнению с контрольной группой. У больных ГБ отмечаются более выраженные нарушения жесткости сосудистой стенки по сравнению с пациентами, страдающими подагрой ($p < 0,05$).

У здоровых лиц PWV составил $7,5 \pm 2,49$ м/с, повышенная скорость кровотока наблюдалась у 20%. PWV при подагре составляет $11,4 \pm 2,54$ м/с, превышение нормального уровня – у 74% пациентов. У больных ГБ PWV $13,06 \pm 8,3$ м/с, у 80% пациентов наблюдалась повышенная скорость кровотока. Следовательно, у больных подагрой так же, как и у пациентов, страдающих ГБ, отмечается повышение скорости пульсовой волны в аорте ($p < 0,05$) и увеличение частоты встречаемости данного изменения ($p < 0,01$) по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы.

Выводы/заключение. Таким образом, у больных подагрой и артериальной гипертензией повышена резистентность сосудистой стенки и скорость кровотока, что может быть проявлением эндотелиальной дисфункции и служить ранним признаком развития атеросклероза. При артериальной гипертензии наблюдаются более выраженные изменения жесткости сосудистой стенки, чем при подагре.

I-22 ПАРАМЕТРЫ ВИТАМИННОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Молокова М. С., Юсупова Е. Ю., Белокрылова Л. В., Медведева И. В.

ГОУ ВПО «Тюменская Государственная Медицинская Академия РосЗдрава», Тюмень, Россия

Цель исследования: оценить особенности витаминного обмена у женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями в различных возрастных группах в сравнении со здоровыми женщинами.

Методы исследования: объектом исследования было 100 женщин (средний возраст $56,21 \pm 9,05$ лет) с сердечно-сосудистыми заболеваниями (гипертоническая болезнь I, II степени, ишемическая болезнь сердца), в сочетании с сахарным диабетом 2 типа, в состоянии удовлетворительной клинко-метаболической компенсации и ожирением. Диагноз ишемической болезни сердца был установлен с использованием стандартных

методик диагностики: анамнестических данных, опроса на боли в грудной клетке при напряжении (опросник Rose), данных инструментальных методов обследования (ЭКГ). Все женщины были разделены на 2 группы. Первая группа ($n=50$) – в возрасте 35–55 лет (средний возраст $48,74 \pm 5,17$); вторая группа ($n=50$) – в возрасте 56–75 лет (средний возраст $63,22 \pm 5,64$). В группу контроля входили здоровые женщины (средний возраст $40,7 \pm 7,5$ лет). Проводилась лабораторная оценка содержания витаминов А, Е, С в сыворотке крови и витамина В1 в моче методом флюориметрии. Статистическая обработка материала проводилась в программе «STATISTICA».

Результаты исследования: при анализе полученных результатов у больных в возрасте 35–55 лет (первая группа) достоверных отличий по содержанию витаминов А, Е, С в сыворотке крови и витамина В1 в моче по сравнению со здоровыми женщинами получено не было. У пациенток более старшей возрастной группы в сравнении со здоровыми было достоверно более низкое содержание в крови витамина С (во второй группе $0,75 \pm 0,3$ мг%; в контрольной группе: $1,21 \pm 0,4$ мг%; $p=0,002$). При анализе обмена витаминов у пациенток в различных возрастных группах были получены следующие различия: во второй группе (пациентки 56–75 лет) было получено достоверно ($p=0,004$) более высокое содержание в крови витамина А ($0,59 \pm 0,04$ мкг/мл), по сравнению с первой группой ($0,37 \pm 0,02$ мкг/мл), и достоверно более низкое содержание витамина С (во второй группе $0,75 \pm 0,1$ мг%; в первой группе $1,09 \pm 0,62$ мг%; $p=0,005$). Достоверных отличий в содержании витамина Е в сыворотке крови и витамина В1 в моче между группами пациенток с сердечно-сосудистыми заболеваниями получено не было.

Выводы: у пациенток с сердечно-сосудистыми заболеваниями в старшей возрастной группе, по сравнению со здоровыми лицами, наблюдается более низкое содержание в крови витаминов А и С. У пациенток старшей возрастной группы, по сравнению с пациентками в возрасте 35–55 лет, выявлен дисбаланс в обмене витаминов, характеризующийся более высоким уровнем витамина А и более низким уровнем витамина С в крови. Указанные изменения обмена витаминов могут играть роль в прогрессировании сердечно-сосудистых заболеваний и нуждаются в диетической коррекции, а в ряде случаев требуют назначения витаминных препаратов.

I-23 ОСОБЕННОСТИ КОЭФФИЦИЕНТА ПОДАТЛИВОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА У КОРЕННЫХ И ПРИШЛЫХ ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА ЯКУТСКА

Морозов С.Н., Донская А.А., Морозова Е.А.

Якутская городская клиническая больница, Якутск, Россия

Артериальная гипертония (АГ) имеет определенные особенности течения на Севере, так называемый «северный вариант» АГ с выраженной метеолабильностью, для которого характерно раннее начало с быстрым прогрессированием, значительным увеличением массы миокарда левого желудочка. Основная причина развития сердечно-сосудистых осложнений при артериальной гипертонии (АГ) заключается в структурных и функциональных изменениях миокарда и сосудистого русла.

Целью исследования явилось изучение зависимости изменений коэффициента податливости артериального русла (КП), как одного из показателей жесткости артериальной стенки, от этнической принадлежности жителей г.Якутска.

Материалы и методы: В связи с поставленной задачей было обследовано 42 человека (средний возраст 58,9 лет) больных АГ II степени, из них 23 коренные жители представители этноса саха и 19 человек русских и украинцев, проживающих в Якутии более 15 лет (21,3 года, в среднем), объединенных в группу пришлых. В ЯГКБ больным осуществлялась комплексная оценка жалоб, анамнеза заболевания и жизни, результатов клинических, лабораторных, функциональных и инструментальных методов исследований, с последующим амбулаторным наблюдением за период 2003–2007гг. КП артериальной стенки рассчитывался, как отношение ударного объема (УО) к пульсовому давлению (ПД).

Результаты и обсуждение: представители пришлых включали большее количество человек с повышенной массой тела, нарушенной толерантностью к углеводам, изолированной систолической гипертензией ($p < 0,01$). У представителей этноса саха КП имел диапазон от $1,03 \pm 0,17$ до $1,6 \pm 0,21$ (среднее значение $1,39 \pm 2,7$), у пришлых КП варьировал от $0,89 \pm 0,23$ до $1,5 \pm 0,36$ (среднее значение $1,22 \pm 2,7$). За 4 летний период наблюдения выявлена обратная взаимосвязь КП и смертности от сердечно-сосудистых причин, как у саха, так и у пришлых ($r = -0,47$, $p < 0,05$; $r = -0,32$, $p < 0,05$ соответственно). Распределение типов суточного профиля АД выявило достоверно большее количество non-dipper у пришлых по сравнению с саха (55,3% и 43,1% по САД, и 50,3% и 38,2% по ДАД соответственно, $p < 0,01$). Причем у лиц с низким показателем КП изменение суточного профиля АД происходят в виде уменьшения амплитуд суточных ритмов САД ($p < 0,05$). Гипертрофия миокарда левого желудочка по Эхо-КГ у 19,4% саха и у 26,6% пришлых ($p < 0,05$). При анализе вариантов геометрии левого желудочка выявлено, что концентрическая гипертрофия левого желудочка (КГЛЖ) имеет обратную взаимосвязь с КП как у коренных так и у пришлых жителей Якутска ($r = -0,67$, $p < 0,05$; $r = -0,62$, $p < 0,05$ соответственно).

Выводы: в нашем исследовании определяется снижение значений КП у пришлых лиц по сравнению с коренным населением г.Якутска. Прослеживается обратная взаимосвязь КП с сердечно-сосудистыми осложнениями, в частности у лиц с КГЛЖ, как у коренных, так и у пришлых жителей г.Якутска. КП может рассматриваться как маркер КГЛЖ, и может быть предложен для определения стратификации степени риска сердечно-сосудистых осложнений.

I-24 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Мясоедова Е.Е., Мясоедова С.Е., Ндоуми Т.М.
ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, Иваново, Россия

Цель: выявить специфические факторы, влияющие на развитие гипертрофии миокарда левого желудочка (ГЛЖ) у мужчин и женщин, страдающих гипертонической болезнью (ГБ).

Методы: обследован 101 больной ГБ в возрасте от 18 до 57 лет: 63 женщины (средний возраст ($\pm \sigma$) $43,42 \pm 8,81$ лет) и 38 мужчин (средний возраст ($\pm \sigma$) $40,18 \pm 10,51$ лет). Пациенты не имели в анамнезе инфаркта миокарда, мозгового инсульта и сахарного диабета; из исследования исключались лица с острыми и обострениями хронических заболеваний и повышением скорости оседания эритроцитов (СОЭ). Всем больным выполняли эхокардиографическое исследование с последующим расчетом индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ). Оценивали уровень С-реактивного белка высокочувствительным методом (вЧС-РБ), общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), концентрацию десквамированных эндотелиоцитов (ДЭ) в плазме, общую антиоксидантную активность (ОАА) плазмы и показатель СОЭ. Согласно рекомендованным стандартам, определяли индекс SCORE. Данные представлены в виде среднее $\pm \sigma$.

Результаты: Несмотря на то, что уровни систолического и диастолического артериального давления у женщин были ниже ($p < 0,05$), чем у мужчин ($149,18 \pm 13,36$ и $94,75 \pm 9,63$ мм рт.ст. и $159,6 \pm 21,52$ и $99,54 \pm 11,44$ мм рт.ст., соответственно), группы имели одинаковую частоту ГЛЖ, а показатели ИММЛЖ у мужчин и женщин значимо не различались. Индекс массы тела (ИМТ) не отличался между группами, но абдоминальное ожирение чаще встречалось у женщин ($p < 0,001$), чем у мужчин. Курение, напротив, чаще зафиксировано у мужчин ($p = 0,009$), чем у женщин. Мужчины имели более высокий индекс SCORE ($p < 0,001$), чем женщины. вЧС-РБ, ОХС, ДЭ и ОАА не различались между группами; уровень ТГ был выше у женщин по сравнению с мужчинами ($p < 0,05$). Были обнаружены гендерные особенности, касающиеся факторов, влияющих на значение ИММЛЖ у больных ГБ: у мужчин ИММЛЖ коррелировал с СОЭ ($r = 0,56$, $p = 0,01$), вЧС-РБ ($r = 0,48$, $p < 0,001$), ОАА ($r = 0,65$, $p = 0,02$) и ДЭ ($r = 0,65$, $p = 0,03$); у женщин – с возрастом ($r = 0,45$,

$p < 0,01$), длительностью анамнеза ГБ ($r = 0,44$, $p = 0,001$), ИМТ ($r = 0,41$, $p < 0,001$), объемом талии ($r = 0,48$, $p = 0,002$), ОХС ($r = 0,29$, $p = 0,03$) и индексом SCORE ($r = 0,29$, $p = 0,03$). При проведении регрессионного анализа установлено, что возраст и объем талии значимо ассоциированы с ИММЛЖ у женщин (adj. $R^2 = 0,23$, $p < 0,05$), тогда как СОЭ, ОАА, вЧС-РБ и ДЭ были более значимы у мужчин (adj. $R^2 = 0,35$, $p < 0,05$).

Выводы: развитие ГЛЖ при ГБ, очевидно, имеет гендерные особенности. У женщин на значение ИММЛЖ в основном влияют метаболические факторы, а у мужчин – наличие субклинического воспаления и эндотелиальной дисфункции. Таким образом, половые особенности развития ГЛЖ должны учитываться для совершенствования профилактических и лечебных мероприятий у больных ГБ.

I-25 ЗАВИСИМОСТЬ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИЙ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (РА)

Никитина Н.М., Ребров А.П.

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, Саратов, Россия

Цель. Оценить жесткость артерии с использованием артериографа у больных ревматоидным артритом (РА) и у практически здоровых лиц в зависимости от пола и возраста.

Материалы и методы. Артериальная жесткость определялась с использованием артериографа Tensioclinic (TensioMed, Венгрия) у 85 больных РА (67 женщин и 18 мужчин, средний возраст $53,6 \pm 10,4$ лет, средняя продолжительность заболевания – $7,6 \pm 7,9$ лет). Группу контроля составили 80 человек, не имеющие заболевания суставов, сопоставимые по полу и возрасту с основной группой.

Результаты. У здоровых лиц с возрастом отмечается рост индекса аугментации (ИА) ($r = 0,76$, $p < 0,001$) и скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) в аорте ($r = 0,61$, $p < 0,001$), причем, изменения ИА появляются раньше, чем повышение СРПВ в аорте. У больных РА менее выражены взаимосвязи показателей жесткости артерий (ИА и СРПВ) с возрастом ($r = 0,33$ и $r = 0,45$, $p < 0,05$). Однако установлены достоверно более высокие показатели СРПВ в аорте у больных РА в возрасте старше 50 лет по сравнению с контролем того же возраста ($12,9 \pm 2,3$ м/с и $10,18 \pm 2,11$ м/с, $p < 0,05$).

Наличие гипертензии является независимым фактором повышения жесткости артерий, как у больных РА, так и у лиц контрольной группы. Установлена взаимосвязь между систолическим АД и ИА ($r = 0,51$, $p < 0,01$), СРПВ ($r = 0,50$, $p < 0,01$); диастолическим АД и ИА ($r = 0,64$, $p < 0,001$), СРПВ ($r = 0,58$, $p < 0,001$). Отмечено влияние длительности артериальной гипертензии на скорость распространения пульсовой волны в аорте ($p = 0,48$, $p < 0,01$).

При анализе взаимосвязей показателей жесткости артерий с факторами сердечно-сосудистого риска в группе контроля более тесные связи выявлены у лиц моложе 50 лет. При проведении корреляционного анализа только в этой подгруппе отмечены взаимосвязи между индексом массы тела и ИА ($r = 0,53$, $p < 0,0001$), индексом массы тела и СРПВ в аорте ($r = 0,48$, $p < 0,001$), индексом курения (пачка/лет) и СРПВ в аорте ($r = 0,7$, $p < 0,01$). Зависимости жесткости артерий от традиционных факторов риска, за исключением АГ, у больных РА, вне зависимости от возраста, выявлено не было. При анализе показателей жесткости артерий у больных РА и у лиц контрольной группы в зависимости от пола было выявлено отсутствие половых различий у лиц контрольной группы и достоверно более высокие показатели у женщин, страдающих РА, чем у мужчин.

Заключение. Возраст является значимой детерминантой жесткости артерий у здоровых лиц и больных РА. У лиц молодого возраста более чувствительным маркером артериальной жесткости является ИА. Повышение СРПВ в аорте характерно для лиц старше 50 лет, более выражено у больных РА по сравнению с контролем. Наличие гипертензии является независимым фактором повышения жесткости артерий, как у больных РА, так и у лиц контрольной группы. Женщины с РА, имеют достоверно более высокие показатели жесткости артерий, чем мужчины с РА и лица контрольной группы.

I-26 РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПУТЕМ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ

Попова А.А., Маянская С.Д., Антонов А.Р., Лукша Е.Б.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Нарушение функции эндотелия является важным звеном патогенеза различных заболеваний, в том числе таких распространенных, как артериальная гипертония (АГ), ИБС, атеросклероз. Наибольшее внимание сегодня уделяется дисфункции эндотелия (ДЭ) при АГ. При этом известно, что нарушение функции эндотелия при АГ выявляется у больных, как пожилого, так и молодого возраста. В связи с этим исследование ДЭ у лиц с АГ в различных возрастных группах, особенно у молодых, позволит определить наиболее значимые ранние диагностические маркеры АГ.

Целью работы была оценка вазорегулирующей функции эндотелия у пациентов с артериальной гипертонией I ст., риск 0.

В исследование включили 48 мужчин в возрасте 18–35 лет (средний возраст 29,5±2,7 г.) с АГ I ст., риск 0. Вторичный генез заболевания исключался. Сосудодвигательную функцию эндотелия оценивали ультразвуковым неинвазивным методом путем измерения диаметра плечевой артерии в покое и во время пробы с реактивной гиперемией и нитроглицерином и путем определения сывороточного уровня суммарной продукции оксида азота по количеству его метаболитов. Контрольную группу составили 22 мужчины в возрасте 18–35 лет (средний возраст 27,3±2,5 г.) с нормальным АД.

Вазорегулирующую функцию эндотелия оценивали дважды: при первичном осмотре пациентов и в динамике через год. При первом измерении в покое средний диаметр плечевой артерии у пациентов с АГ I ст., риск 0 составлял 4,76±0,4 мм, а через год — 4,68±0,42 мм. В фазу реактивной гиперемии (120 сек. после декомпрессии) отмечалось увеличение диаметра плечевой артерии до 5,0 мм и 4,88 мм через год наблюдения соответственно. Прирост диаметра плечевой артерии был в 1,6 раза меньше, чем в контрольной группе, а через год уменьшился еще на 15,3%. Эндотелий-независимая вазодилатация у пациентов с АГ на фоне нитроглицерина и при первом, и при втором исследованиях сохранилась на одном уровне, и практически не отличалась от группы контроля.

Определение сывороточного уровня суммарной продукции NO у пациентов в основной и контрольной группах при первом исследовании показало, что у лиц с АГ I ст. продукция NO была на 7,2% ниже, чем в группе контроля. Через год, было выявлено, что тенденция к более низкой выработке NO у лиц с АГ не только сохранилась, но и усугубилась. Если при первом исследовании разница между группами составляла 7%, то через год она стала 35%. При сравнении первоначального уровня продукции NO у больных с АГ I ст. и его уровня через год, оказалось, что при повторном исследовании продукция NO уменьшилась на 23,0%. Тогда как в группе контроля через год продукция NO не только не уменьшилась, но даже увеличилась на 6,0%.

Таким образом, комплексная оценка функционального состояния сосудистого эндотелия позволяет своевременно выявить признаки гипертонии и начать раннюю профилактику сердечно – сосудистых заболеваний и их осложнений.

I-27 ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ ПРО-И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ИБС: СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ II-III ФК НА ФОНЕ ТЕРАПИИ БИСОПРОЛОЛОМ

Прасолов А.В.

ГОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет», Курск, Россия

Цель работы: изучение влияния терапии бисопрололом на цитокиновый статус у больных ИБС: стабильной стенокардией напряжения II-III ФК.

Материалы и методы: обследовано 126 больных ИБС: стабильной стенокардией напряжения II-III ФК в возрасте от 36 до 60 лет (средний возраст 49,3±4,8 лет). Все пациенты получали лечение: аспирин, статин (симвастатин), бисопролол в дозе 7,5±2,5 мг 2 раза в день в течение 8 месяцев, нитроглицерин сублингвально по требованию. Прием других классов антиангинальных препаратов исключался. Содержание в сыворотке крови ФНО- α , ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-4, ИЛ-8, ИЛ-10 и ИНФ- γ определяли методом иммуноферментного анализа с использованием тест систем (НПО «Протеиновый контур», г. Санкт-Петербург), ТФР- β 1 определяли иммуноферментным методом (Amersham Pharmacia Biotech). Неоптерин крови определяли методом иммуноферментного анализа (BRAHMS, Германия). Определение цитокинового статуса проводилось до и после 8 месяцев терапии бисопрололом.

Результаты исследования: Результаты исследования показали достоверное повышение уровня провоспалительной цитокинемии: ФНО- α (266,4±36,1 пкг/мл), ИЛ-1 β (206,8±23,5 пкг/мл), ИЛ-6 (79,8±12,3 пкг/мл), ИНФ- γ (14,2±1,6 пкг/мл) и ИЛ-8 (56,8±5,3 пкг/мл) у пациентов с ИБС сравнении с группой контроля. Оценка данных показателей после 8 месяцев терапии бисопрололом выявила достоверное снижение уровня провоспалительных цитокинов: ФНО- α на 22,8%, ИЛ-1 β на – 23,7%, ИЛ-6 – на 30,3%, ТФР-1 β уменьшился до 45,1±1,6 пкг/мл ($p < 0,05$).

Повышенные ТФР- β 1 у больных ИБС может рассматриваться как компенсаторная реакция, направленная на уменьшение активности провоспалительного действия цитокинов ФНО- α и ИЛ-8, что косвенно подтверждается наличием прямой корреляционной связи между содержанием в сыворотке крови ТФР- β 1 и ФНО- α ($r = 0,79$, $p < 0,01$), ТФР- β 1 и ИЛ-8 ($r = 0,81$, $p < 0,01$).

С учётом противовоспалительной активности ИЛ-10 и его свойств влиять на продукцию ИЛ- β 1 и ФНО- α моноцитами, проведено изучение концентрации данного цитокина у больных стабильной стенокардией. Исследования показали, что уровень ИЛ-10 в сыворотке крови больных ИБС был на 11,5% выше в сравнении с контролем ($p < 0,05$), что, по-видимому, имеет компенсаторный характер и направлено на подавление активности провоспалительных цитокинов, с целью ограничения воспаления.

Выводы: 1. У больных ИБС имеет место увеличение в сыворотке крови уровня – ФНО- α , ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8 и ИНФ- γ и противовоспалительных (ИЛ-4, ИЛ-10, ТФР- β 1) цитокинов. 2. Лечение бисопрололом оказывает корректирующее влияние на цитокиновый статус, что сопровождается достоверным уменьшением содержания в сыворотке крови исследованных цитокинов.

I-28 СООТНОШЕНИЕ УРОВНЯ КАРОТИДНОГО КРОВОТОКА И ДИНАМИКИ ИНТЕРВАЛА QT ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Рабинович Р.М.

Тверская Государственная Медицинская Академия, Тверь, Россия

Цель исследования: ухудшение церебральной перфузии при артериальной гипертонии (АГ) сопровождается многоуровневыми системными нарушениями, однако, взаимосвязь каротидного кровотока и динамики электрической систолы изучены недостаточно.

Материал и методы. Обследование 93 больных АГ I-III стадий включало ультразвуковую доплерографию внутренних сонных артерий (ВСА), электрокардиографию, кардиоинтервалографию и эхокардиографию. Выделено 3 группы больных: 1-я (48±1,8 лет) – нормальный, 2-я (52±1,7 лет) – умеренно нарушенный каротидный кровоток, 3-я (58±1,5 лет; $p = 0,001$) – вероятный стеноз ВСА.

Результаты. По мере ухудшения каротидного кровотока нарастал уровень артериального давления (АД), тяжесть и длительность АГ, гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ), частота сопутствующей ИБС, при этом баланс автономной регуляции смещался в сторону симпатического доминирования. Длительность интервала QT в 1-й группе составила 367±6,5 мс, во 2-й – 372±5,3 мс, в 3-й – 378±5,6 мс ($p = 0,79$), длительность скорректированного интервала QT (QTc) – 410±6,6 мс, 419±5,9 мс и 434±5,8 мс

($p=0,072$), дисперсия интервала QT (QTd) – $20,0\pm 2,6$ мс, $22,0\pm 2,9$ мс, $38,3\pm 3,4$ мс ($p=0,001$) соответственно. Статистически значимое увеличение QT, QTc и QTd также наблюдалось при появлении ГЛЖ, ИБС и постинфарктного кардиосклероза (ПИКС). Многофакторный дисперсионный анализ (MANCOVA) показал, что увеличение QT и QTc зависит в первую очередь от наличия коронарной недостаточности и ПИКС, в то время как увеличение QTd – еще и от состояния каротидного кровотока. При использовании MANCOVA с учетом взаимодействия переменных статистически значимых межгрупповых различий по величине QT и QTc выявлено не было, в то время как увеличение дисперсии QT отмечалось, главным образом, при ГЛЖ, ИБС и ПИКС. В моделях логистической регрессии вероятность увеличения интервала QTc (>440 мс) повышалась с возрастом, а также при наличии ИБС, в то время как вероятность увеличения QTd (>40 мс) определялась наличием коронарной недостаточности и ГЛЖ. Вероятность увеличения QTd снижалась при отсутствии стеноза ВСА (отношение шансов=0,4), однако, предикторная роль данной переменной была статистически не значимой, поэтому она удалялась при пошаговом анализе и в итоговом уравнении отсутствовала.

Выводы: 1) ухудшение каротидного кровотока сопровождается увеличением длительности QTd, но не QTc; 2) обнаруженная взаимосвязь между уровнем каротидного кровотока и QTd обусловлена прежде всего воздействием вмешивающихся факторов (ГЛЖ, ИБС, ПИКС), и в меньшей степени – церебральной ишемией, продуцирующей симпатическую активацию; 3) стенозирующее поражение ВСА является маркером увеличения QTd, что должно учитываться в клинической практике.

I-29 ОЦЕНКА ВРЕМЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У РАБОТНИКОВ ВИБРООПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ

Серебряков П.В., Мелентьев А.В.

ФГУН «ФНЦГ им. Ф.Ф. Эрисмана», Москва, Россия

Цель: определение временных показателей 24-часовой вариативности сердечного ритма (ВСР) у рабочих, подвергающихся воздействию производственной вибрации.

Методы: проведено обследование 56 мужчин, в возрасте от 31 до 65 лет (средний возраст $51,2\pm 9,1$ года). В зависимости от условий труда обследованные были разделены на 2 группы. В первую группу включены 20 человек, в возрасте от 35 до 60 лет (средний возраст $48,5\pm 8,3$ года), рабочих машиностроительного предприятия, подвергающихся в процессе трудовой деятельности воздействию локальной вибрации, уровни которой превышали предельно допустимые. Во вторую группу вошли 36 человек, в возрасте от 31 до 64 лет (средний возраст $52,8\pm 9,2$ года), чьи условия труда соответствовали гигиеническим нормативам. Проводилось исследование ВСР с помощью системы суточного мониторинга ЭКГ CardioDay Holter (GE Medical Systems Information Technologies GmbH, Германия).

Результаты: у обследованных 1-й группы выявлено, что медиана SDNN составляла 111,5 мс (1-й квартиль – 94,0 мс, 3-й квартиль 149,0 мс), при значении медианы SDNN – 134,0 мс (1-й и 3-й квартили – 117,8 и 157,0 мс соответственно). Та же тенденция отмечена в распределении SDANN – в 1-ой группе медиана составляла 81,5 мс (1-й и 3-й квартили соответственно 75,0 и 119,0 мс), во 2-й группе медиана SDNN соответствовала 118,0 мс (1-й и 3-й квартили – 101,5 и 145 мс соответственно). При этом выявлено большое значение медианы rMSSD в 1-й группе – 45,5 мс (1-й и 3-й квартили 32,0 и 91,0 мс соответственно). Медиана rMSSD у обследованных у 2-й группы составила 30,5 мс (1-й и 3-й квартили 20,5 и 46,3 мс соответственно). При оценке формы гистограммы распределения интервалов RR отмечено достоверное преобладание у обследованных 1-й группы частоты, т.н. эксцессивной формы гистограммы, характеризующейся более узкими основанием и вершиной (критерий χ^2 – 7,7, отношение шансов – 6,2, доверительный интервал 1,8–18,9, $p=0,0054$).

Выводы: полученные результаты можно трактовать как проявление симпатикотонии у работников виброопасных профессий. Эти данные подтверждают сведения о том, что негативное

воздействие вибрации реализуется через активацию симпатoadrenalовых структур. Последние могут провоцировать не только дисрегуляцию периферического сосудистого русла, но и оказывать генерализованное влияние на вегетативную регуляцию сердечно-сосудистой системы. В плане – проведение дальнейшего изучения особенностей ВСР у лиц виброопасной профессии с определением не только временных, но и частотных характеристик.

I-30 СПЕКТРАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА И НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАБОТЫ В НОЧНЫЕ СМЕНЫ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА

Середа Т.В., Гапон Л.И., Коржова Н.Н.

Тюменский кардиологический центр – филиал НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Тюмень, Россия

Целью нашего исследования было оценить характер изменений спектрального анализа вариативности ритма сердца (ВРС), липидного спектра и сахара крови у больных с артериальной гипертонией (АГ) и практически здоровых пациентов в зависимости от ночной смены работы.

Обследовано 84 пациента, постоянно проживающие в условиях Тюменского Приобья, мужского и женского пола, из них 52 пациента с АГ I-II степени, и 32 пациента контрольной группы – практически здоровые пациенты. Пациенты были разделены на две группы, сопоставимые по полу и возрасту, работающие в ночную смену (контрольная группа – 22 человека, пациенты с АГ – 30 человек) и не работающие в ночную смену (контрольная группа – 10, пациенты с АГ – 20 человек).

Всем пациентам проведена регистрация ВРС на «чистом» фоне в амбулаторных условиях г.Пыть-Ях на аппарате фирмы «Nerv Express» (США) и исследован липидный состав крови и сахар крови.

В контрольной группе пациентов достоверно значимые изменения между ночной и дневной сменами работы были отмечены только в показателях общей мощности спектра (TP) ВРС. У пациентов, работающих в ночную смену, TP $6336,3636\pm 1049,74$ мс² достоверно ($p<0,05$) выше, чем у пациентов, работающих в дневную смену $5596,00\pm 1452,0118$ мс², что отражает степень напряженности регуляторных систем. Среди пациентов с АГ, работающих в ночную и дневную смены, достоверно выше ($p=0,011$) показатели LF ВРС $1812,1034\pm 305,178$ мс² у пациентов, работающих в ночную смену, чем $1168,59\pm 362,824$ мс² у пациентов, работающих в дневную смену, что свидетельствует о преобладающем влиянии симпатического звена регуляции. Сравнивая показатели спектрального анализа между пациентами контрольной группы и пациентами с АГ, работающими в ночную смену, отмечается практически двойное снижение показателей HF у пациентов с АГ $1440,724\pm 225,275$ мс² в сравнении с контрольной группой $2959,81\pm 737,974$ мс² ($p=0,06$), что отражает снижение парасимпатического влияния на сердечно-сосудистую систему.

Анализируя показатели глюкозы крови и липидного спектра у пациентов основной группы, работающих в ночную смену, отмечено, что весь липидный спектр и сахар крови достоверно выше, чем у пациентов контрольной группы: у пациентов с АГ глюкоза – $5,51\pm 0,18$ ммоль/л и у контрольной группы – $4,40\pm 0,15$ ммоль/л ($p=0,001$); у пациентов с АГ общий холестерин – $228,19\pm 7,24$ мг/дл и у контрольной группы – $202,48\pm 7,90$ мг/дл ($p=0,02$); у пациентов с АГ триглицериды – $2,09\pm 0,23$ мг/дл и у контрольной группы – $1,56\pm 0,09$ мг/дл. Таким образом, у пациентов с АГ, работающих в ночное время суток, на фоне гиперлипидемии и гипергликемии отмечается нарушение вегетативного обеспечения сердечной деятельности – напряжение регуляторных систем, сниженное регуляторное влияние парасимпатического отдела вегетативной нервной системы и нарушение суточной циркадности сердечного ритма.

I-31 ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Терентьев В.П., Дюжиков А.А., Булгакова Н.М.

ГОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет Росздрава Центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии ГУЗ РОКБ, Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования: оценка особенностей структурно-функциональных нарушений миокарда у больных ишемической кардиомиопатией (ИКМП) с различной выраженностью сердечной недостаточности (СН).

Материал и методы: обследовано 60 больных (ИКМП) в возрасте от 43 до 72 лет (средний 57,1±1,23 лет) с клинической манифестацией СН. Для решения поставленных задач все больные были разделены на 3 группы в зависимости от исходной фракции выброса (ФВ): с ФВ 40-50%, ФВ 30-40% и ФВ менее 30% соответственно. С помощью эхокардиографического исследования оценивались показатели 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 были связаны 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 были отчетливо сопряжены с нарушением сократительной активности миокарда. Более выраженная структурная перестройка сердца у больных ИКМП по мере прогрессирования СН приводила к более значимым изменениям показателей миокардиального стресса, конечно-диастолического напряжения стенки ЛЖ, миокардиального резерва.

Вместе с тем, конечно-систолические и конечно-диастолические размеры ЛЖ, толщина МЖП, ЗСЛЖ у больных ИКМП с различной выраженностью нарушений сократительной активности миокарда достоверно значимо не изменялись.

I-32 ОЦЕНКА ГЛОБАЛЬНОЙ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ГИПЕРТРОФИРОВАННОГО МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПО ИНДЕКСУ «ТЕI», РАССЧИТАННОМУ ПО ГРАФИКУ СРЕДНЕЙ СКОРОСТИ ДВИЖЕНИЯ МИОКАРДА ТКАНЕВОГО ДОПЛЕРОВСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Ткаченко С.Б., Берестень Н.Ф., Амаржаргал Б., Романов С.Н., Бат-Ундрал Д.

Российская Медицинская Академия последипломного образования, Москва, Россия

Цель: изучить информативность индекса «Tei» в оценке глобальной сократительной функции миокарда, полученного с помощью количественной обработки тканевого доплеровского изображения у больных с артериальной гипертензией и гипертрофией левого желудочка сердца.

Материал и методы. Обследовано 80 больных АГ и 30 практически здоровых добровольцев. Все больные были разделены на две группы. К первой отнесено 40 больных с умеренной ГЛЖ. Во вторую группу вошло также 40 больных с выраженной ГЛЖ. Эхо-КГ и тканевое доплеровское исследование (ТДИ) выполнялось на ультразвуковом томографе "HD1 5000" (Philips). Количественная постобработка и анализ кинопетли ТДИ выполнялись с помощью пакета программ «Q LAB» (Philips) для количественно-

го анализа в режиме измерения средней скорости движения миокарда. Модифицированный индекс «Tei» вычислялся по ТДИ в базальном сегменте по графику средней скорости движения миокарда, как отношение разницы временного интервала между началом положительной волны ИВС до начала «Ve» (a') и временем систолической волны Vs (b'), по формуле: $Tei = (a'-b')/(b')$.

Результаты: Представленные результаты сравнительного анализа временных параметров движения базального боковой сегмента ЛЖ и вариаций индекса «Tei» этого сегмента доказывают, что 1-я и 2-я группы отличаются от контроля достоверным укорочением времени сокращения миокарда во время изгнания. Достоверное отличие групп между собой проявляется с увеличением индекса «Tei» во 2-й группе по сравнению не только с контролем, но и с 1-й группой.

У больных в 1-ой группе оказалось укороченным время ббаз (31,3±0,5%R-R; при p<0,05). Время абаз практически не отличалось от контроля, составляя 46,5±2,3%R-R. В связи с этими фактами, достоверно и закономерно увеличивается индекс Tei баз до 0,5±0,01 усл.ед. (при p<0,001) по сравнению с группой контроля.

Увеличение значения индекса «Tei» в 1-й группе в сравнении с контролем и во 2-й группе по сравнению с 1-й и контролем убедительно доказывает и наличие собственно ГЛЖ и наличие сниженных возможностей к развитию полноценного изгнания крови и наполнения кровью ЛЖ в гипертрофированном миокарде, т.е. у больных 2-й группы. Показано, что положительная высокая корреляционная связь индекса «Tei» с ИММЛЖ есть и в медиальной части МФК (r=0,713, при p<0,01. Можно утверждать, что на практике индекс Tei в равной степени информативен при определении его как в медиальной, так и в латеральной частях МФК.

Выводы: Индекс «Tei» имеет диагностическое значение при расчете его в базальном сегменте при постобработке ТДИ. Значение индекса «Tei» >0,27 косвенно свидетельствует о ГЛЖ.

I-33 ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Черненко В.В., Князева Л.И., Горяйнов И.И., Шульгинова А.А.

ГОУ ВПО «Курский Государственный Медицинский Университет», Курск, Россия

Цель работы: изучение показателей жесткости сосудистой стенки у больных сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы. Обследовано 98 больных сахарным диабетом (СД) 2 типа, среднетяжелого течения, в стадии компенсации углеводного обмена (средний возраст 51,4±2,3 года): 48 больных длительностью СД менее 5 лет и 50 больных с анамнезом СД более 5 лет.

Исследование параметров состояния сосудистой стенки оценивали с помощью монитора АД компании «Петр Телегин» г.Новосибирск и программного комплекса BPLab.

Определялись следующие параметры:

РТТ – скорость распространения пульсовой волны (мс)

dPdt – максимальная скорость нарастания давления (мм рт.ст)

ASI – индекс ригидности стенки артерий

AIx – индекс аугментации (%)

SAI – систолический индекс площади (%)

Статистическая обработка данных производилась с применением стандартного пакета прикладных программ Microsoft Excel и STATISTICA 5,0 for Windows с расчетом параметрических и непараметрических параметров.

Результаты исследования. Проведенные исследования показали наличие у всех обследованных больных СД 2 типа изменений исходных показателей, определяющих жесткость сосудистой стенки, что характеризовалось достоверным понижением в сравнении с контрольными значениями величины РТТ – на 28,3%; увеличением dPdt – на 59,1% (p<0,05), ASI – на 8,9% (p<0,05), AIx – на 69,9% (p<0,05), SAI – на 21,5% (p<0,05), что свидетельствует о повышенной жесткости сосудистой стенки у обследованных больных. При этом у больных с длительностью СД 2 типа более 5 лет отмечены достоверно более выраженные изменения данных показателей: РТТ была ниже на 10,1% в сравнении с

величиной в группе больных СД длительностью менее 5 лет; $dPdt$ – была выше на 11,2%, ASI – на 8,9%, AIX – на 9,6% данных показателей у больных СД 2 типа длительностью менее 5 лет.

Выводы. У больных СД 2 типа имеет место увеличение жесткости сосудистого русла, прогрессирующее с длительностью и тяжестью заболевания.

I-34 ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПРОХОДЯЩИХ РЕАБИЛИТАЦИЮ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Штегман О.А., Мосина В.А., Ганкин М.И., Галингер Б.Р.

Красноярская государственная медицинская академия, Красноярск, Россия

Цель. Изучить состояние эндотелиальной функции у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), проходящих реабилитацию в условиях поликлиники.

Методы исследования. В исследовании было включено 27 больных с ХСН (из них 19 человек с ХСН I стадии – 1 группа и 8 человек с ХСН IIa и IIb стадиями – 2-я группа), проходящих реабилитацию у терапевта городской поликлиники и 8 здоровых людей аналогичного возраста (3-я группа). Причиной сердечной недостаточности у большинства больных была артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца, у одного пациента – дилатационная миокардиопатия. Все больные получали эналаприл, допускалось использование статинов сроком не более 1 месяца. Всем обследованным проводилась проба с реактивной гиперемией на ультразвуковом аппарате Vivid 7 Pro по стандартной методике с оценкой диаметра брахиальной артерии до и после компрессии сосуда. Кроме того, всем обследованным проводилось определение экспрессии CD38 на лимфоцитах иммуногистохимическим методом. Оценка достоверности отличий средних величин проводилась 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. Снижение вазодилатации брахиальной артерии (увеличение менее 10%) во время пробы с реактивной гиперемией наблюдалось у 89% больных 1-й группы, 100% больных 2-й группы и 25% пациентов 3-й группы. Средний процент дилатации брахиальной артерии во время пробы с реактивной гиперемией составил $3,1 \pm 1,0\%$, $1,9 \pm 2\%$ и $11,6 \pm 0,9\%$ 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 $12 \pm 1,5\%$, $15,6 \pm 1,0\%$ и $1,1 \pm 0,3\%$ соответственно у пациентов 1-й, 2-й и 3-й группы. Отличия между группами достоверны. При проведении корреляционного анализа получена достоверная положительная корреляция между выраженностью ХСН и уровнем CD38-положительных лимфоцитов ($r=0,75$) и отрицательная корреляция между выраженностью ХСН и вазодилатацией брахиальной артерии во время пробы с реактивной гиперемией ($r=-0,61$), а также между вазодилатацией брахиальной артерии во время пробы с реактивной гиперемией и уровнем CD38-положительных лимфоцитов ($r=-0,41$).

Выводы. Наличие ХСН у больных ассоциировано с эндотелиальной дисфункцией. У больных с ХСН наблюдается зависи-

мость между уровнем CD38-положительных лимфоцитов и выраженностью нарушений вазодилатации при пробе с реактивной гиперемией. При нарастании выраженности ХСН отмечается увеличение нарушений эндотелиальной функции. При планировании медикаментозной составляющей реабилитационных мероприятий у больных с ХСН следует учитывать наличие дисфункции эндотелия.

I-35 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ СОСУДОВ И ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Шульгинова А.А., Князева Л.А., Черненко В.В., Горяйнов И.И.

ГОУ ВПО «Курский Государственный Медицинский Университет», Курск, Россия

Цель работы: изучение взаимосвязи между показателями эндотелиальной функции и вегетативной регуляцией сердечного ритма (ВРС) у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы. Обследовано 867 больных СД 2 типа средней тяжести в стадии компенсации (средний возраст $52,6 \pm 3,8$ года). Группу контроля составили 30 здоровых лиц в возрасте $53,1 \pm 3,1$ года. Сывороточное содержание эндотелина-1 (ЭТ-1) определяли радиоиммунным методом (Amershan), количество циркулирующих десквамированных эндотелиоцитов (ЦЭК) методом Hladovec I, 1978г. вазорегулирующую функцию сосудов оценивали по величине эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) (Иванов О.В. с соавт., 1998). Анализ ВРС осуществляли комплексом «Рео-спектр» с программным комплексом «Полиспектр».

Результаты. Результаты анализа ВРС показали, что ни у одного из обследованных больных параметры variability сердечного ритма не имели значений, определяемых рекомендациями Европейского общества кардиологов как нормальные. Установлено достоверное снижение временных (SDNN – $20,4 \pm 3,6$ мс, PNN 50 – $7,98 \pm 1,6\%$, RMSSD – $24,1 \pm 2,3$ мс, CV – $2,9 \pm 0,6\%$) характеристик и частотным (низкочастотного LF – $212,3 \pm 22,6$ мс², высокочастотного HF – $302,4 \pm 32,5$ мс²) показателей общей мощности спектра, что свидетельствует о нарушении соотношения модулирующих компонентов вегетативной нервной системы с преобладанием парасимпатической у больных СД 2 типа. Определено статистически значимое увеличение уровня ЭТ-1 ($51,2 \pm 3,6$ нг/л) и ЦЭК ($13,8 \pm 1,2$ кл/100мл) в сыворотке крови больных СД 2 типа, величина ЭЗВД была достоверно ниже ($3,2 \pm 0,5\%$) у больных СД 2 типа в сравнении с контролем ($10,1 \pm 1,4\%$), что свидетельствует о наличии эндотелиальной дисфункции. Проведение корреляционного анализа выявило наличие достоверной отрицательной корреляционной связи между временными и спектральными показателями ВРС (SDNN, RMSSD, HF) и содержанием в сыворотке крови ЭТ-1 и ЦЭК; прямая связь установлена с величиной LF ($r=0,63$; $r=0,59$ соответственно). Достоверная корреляционная зависимость установлена между исследуемыми параметрами ВРС и ЭЗВД, что свидетельствует о значимости нарушений ВРС в формировании эндотелиальной дисфункции у больных СД 2 типа.

Выводы. 1. У больных СД 2 типа имеет место эндотелиальная дисфункция, характеризующаяся увеличением уровня ЭТ-1, ЦЭК, уменьшением ЭЗВД. 2. Установлена достоверная корреляционная зависимость между параметрами эндотелиальной дисфункции и показателями ВРС у больных СД 2 типа.

II. Эпидемиология

II-1 НЕКОТОРЫЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН СРЕДНИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

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

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

Целью исследования явилось изучение фактического питания, распространенности и интенсивности курения в мужской популяции Тюмени 35–54 лет.

Стандартное эпидемиологическое исследование проводилось на репрезентативной выборке (500 человек, отклик 79,6%) из избирательных списков мужчин 35–54 лет одного из административных округов г. Тюмени. Фактическое питание было изучено методом 24-часового диетологического опроса. Регулярно курящими считали обследуемых, выкуривающих по крайней мере одну сигарету в день. Среди регулярно курящих были выделены группы в зависимости от интенсивности курения: курящие 1–9; 10–19; 20 и более сигарет в сутки. Кроме того, выделяли лиц, никогда не куривших, курящих нерегулярно и бросивших курить.

Средняя энергетическая ценность рациона в мужской популяции оказалась умеренной (2492 ккал). В структуре питания мужчин большая доля принадлежала жировому компоненту – 40,8% и 39,2% соответственно в возрастных категориях 35–44 и 45–54 лет, причем в обеих возрастных группах в структуре жира животный жир более чем в два раза превалировал над растительным. Было установлено, что наиболее высокий уровень потребления жира и пищевого ХС отмечается среди мужчин 35–44 лет. Высокое содержание крахмала в пище у мужчин нивелировалось крайне низкой долей «других углеводов» и высокой долей простых сахаров. Выявлялось недостаточное содержание в пищевом рационе витаминов, в том числе витаминов–антиоксидантов. В отношении макро- и микроэлементов выявлена недостаточная обеспеченность лишь кальцием и магнием, по остальным группам минералов рационы питания оказались адекватными.

По результатам кардиологического скрининга распространенность курения составила 57,0% в возрасте 35–54 лет, 54,3% – в возрасте 45–54 лет. Обращает внимание малое количество мужчин, бросивших курить – 2,2% и 2,7% соответственно. В отношении интенсивности курения особенно неблагоприятная ситуация отмечалась в возрастной группе 45–54 лет. Так, среди мужчин данного возраста доля «малокурящих» мужчин составила лишь 5,0%, а число «злостных» курильщиков – 62,2%.

Следовательно, в мужской популяции Тюмени 35–54 лет фактическое питание характеризовалось разбалансированностью пищевого рациона: превышением доли животных жиров, дефицитом витаминов, микро- и макроэлементов, высоким содержанием пищевого холестерина. У мужчин 35–54 лет при средней распространенности курения имела место выраженная интенсивность курения в группе регулярно курящих, преимущественно в возрастной категории 45–54 лет. Полученные результаты говорят о необходимости внедрения общепопуляционных мероприятий, направленных на отказ от курения и нормализацию фактического питания.

II-2 СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Самородская И.В., *Болотова Е.В., Фуфаев Е.Н.

НЦССХ им.А.Н.Бакулева, Москва, Россия; *КГМУ, Краснодар, Россия

Цель исследования: Изучить социальную характеристику взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения по данным клинико-эпидемиологического исследования.

Методы исследования: Исследование выполнено в соответствии с Протоколом исследования «Структура болезней системы кровообращения и потребность взрослого населения РФ в отдельных видах специализированной лечебно-диагностической помощи (СТЕРХ)». В исследовании приняли участие 5 регионов РФ: Москва, Московская область, Пермь, республика Мордовия и Краснодарский край.

В исследование включены взрослые пациенты (старше 18 лет) с документированными или вероятными (наличие клинических симптомов, требующих верификации диагноза) заболеваниями класса болезней системы кровообращения (БСК) и врожденными пороками сердца (ВПС), обратившиеся за медицинской помощью в государственные медицинские учреждения к терапевтам и/или кардиологам. Результаты фиксировались в индивидуальных регистрационных картах (ИРК) и единым почтовым отправлением направлялись в НЦССХ им. А. Н. Бакулева. Все данные централизованно обработаны, статистическая обработка проведена с помощью программы SPSS.

Результаты: Всего отсканировано и обработано 6312 ИРК, из них 3024 (47,9%) женщин и 3288 (52,1%) мужчин. Средний возраст обследованных составил $61,3 \pm 12,7$ лет. Большинство пациентов (3651, или 57,8%) были пенсионного возраста, из них женщин 2213 (35,1%), мужчин 1438 (22,8%). Среди женщин лиц пенсионного возраста было достоверно больше, чем среди мужчин ($p < 0,001$). Основным источником дохода у большинства обратившихся за медицинской помощью (4379 или 69,3%) были социальные пособия: пенсия по инвалидности – 2136 (33,8%) пациентов, пенсия по старости – 2037 (32,3%), безработные – 206 (3,3%). Только треть обратившихся были работающими: 1357 (21,5% от всей выборки) работали в государственных учреждениях, 576 (9,1%) – на частных предприятиях. Необходимость верификации диагноза с помощью инструментальных методов составила от 8% до 26% (в зависимости от вида диагностического метода). В таких дорогостоящих методах исследования как коронарография нуждались 66,8% (1744) лиц пенсионного возраста, электрофизиологическом исследовании сердца – 674 (61,5%). Среди нуждающихся в проведении АКШ, лица, живущие на социальные пособия, составили 65,2%, в стентировании или ангиопластике – 65,9%, имплантации ЭКС – 64,9%, операциях на периферических артериях – 63,3%, операциях на венах – 58,3%, хирургической коррекции порока сердца – 51,8%.

Таким образом, высокий удельный вес пациентов, живущих на социальные пособия, свидетельствует о том, что бюджетные источники финансирования и в дальнейшем будут играть самую существенную роль в оплате высокотехнологичной медицинской помощи.

II-3 КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Самородская И.В., *Болотова Е.В., Фуфаев Е.Н.

НЦССХ им.А.Н.Бакулева, Москва, Россия; *КГМУ, Краснодар, Россия

Цель исследования: изучение клинико-социальной характеристики взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения по данным клинико – популяционного исследования.

Методы исследования: Исследование выполнено в соответствии с Протоколом исследования «Структура болезней системы кровообращения и потребность взрослого населения РФ в отдельных видах специализированной лечебно-диагностической помощи (СТЕРХ)». В исследовании приняли участие 5 регионов РФ: Москва, Московская область, Пермь, республика Мордовия

и Краснодарский край. В исследование включены взрослые пациенты (старше 18 лет) с документированными или вероятными (наличие клинических симптомов, требующих верификации диагноза) заболеваниями класса болезней системы кровообращения (БСК) и врожденными пороками сердца (ВПС), обратившиеся за медицинской помощью в государственные медицинские учреждения к терапевтам и/или кардиологам. Результаты фиксировались в индивидуальных регистрационных картах (ИРК) и единым почтовым отправлением направлялись в НЦССХ им. А. Н. Бакулева. Все данные централизованно обработаны, статистическая обработка проведена с помощью программы SPSS.

Результаты: Всего отсканировано и обработано 6312 ИРК, из них 3024 (47,9%) женщин и 3288 (52,1%) мужчин. Средний возраст $61,3 \pm 12,7$ лет. Доля курящих составила 21,9%, ведущих малоподвижный образ жизни 59,8%, избыточный вес имели 45,7%, злоупотребляли алкоголем 12,3% пациентов. В большинстве случаев причинами обращения за медицинской помощью явились обострение заболевания и необходимость выписки рецепта без ухудшения состояния (74,8%). Большинство пациентов имело несколько заболеваний, как из класса БСК, так и из других классов болезней (болезни органов дыхания, эндокринной системы и т.д.). Артериальная гипертензия (АГ) отмечена у 4900 больных (77,6%), а различные формы ИБС – у 4469 (70%). В качестве единственной патологии ИБС регистрировалась в 8,7% случаев, а АГ в 11,2% случаев. Из класса БСК наиболее часто имелись сочетания АГ и ИБС – 2231 (35,3%) пациентов; АГ, ИБС и другие нозологические группы БСК – 1472 (23,3%), АГ и другие нозологические группы БСК – 493 (7,85). Сопутствующие заболевания имели 28,5% (1801) пациентов, на которых приходилось 2357 случаев болезни. Одно сопутствующее заболевание было зарегистрировано у 1508 (23,9%) пациентов, два сопутствующих заболевания у 174 (2,8%), 3 и более сопутствующих заболеваний у 119 (1,9%) пациентов. В среднем на одного пациента с БСК приходилось 0,37 сопутствующих заболеваний. Наиболее частыми сопутствующими БСК заболеваниями были сахарный диабет (19,1%) и хронические обструктивные болезни легких (10,4%).

Таким образом, высокая частота сочетания отдельных нозологических форм БСК и сопутствующих заболеваний влияет на финансовые расходы медицинских учреждений при оказании высокотехнологической медицинской помощи.

II-4 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНТРОЛЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Валикулова Ф.Ю., Фомин И.В., Поляков Д.С.

ФГУ ВПО «НижГМА Росздрава», Нижний Новгород, Россия

Сахарный диабет (СД) имеет высокую распространенность и крайне неблагоприятное влияние на прогноз жизни. СД и АГ часто сочетаются друг с другом. В исследовании MRFIT было показано, что АГ ассоциируется с 23-х кратным увеличением абсолютного риска сердечно-сосудистой смертности у больных СД 2 типа по сравнению с пациентами без диабета.

Цель исследования – определить эффективность контроля основных гемодинамических показателей в выборке больных СД в амбулаторных условиях.

Материалы и методы: Анализ диспансерной группы больных СД (713 человек) городской поликлиники г. Н. Новгорода за период 2000–2006 гг. В группе оказалось 94,4% пациентов с СД 2 типа. Создано четыре подгруппы: больные с крупно-сосудистыми осложнениями (ГР1 – 44,9%); с микрососудистыми осложнениями (ГР2 – 5,3%); с комбинированными микро- и макрососудистыми осложнениями (ГР3 – 19,4%) и без осложнений (ГР4 – 30,4%). Эффективный контроль АД $<130/80$ мм рт.ст., эффективный контроль пульса менее 60 уд. в мин. у больных СД и ИБС, для остальных – до 80 уд. в минуту. Статистика: непараметрический тест хи-квадрат по методу Мак Немара ($p < 0,05$).

Полученные результаты: АГ диагностирована в 98% случаев среди больных СД. Эффективность контроля АД – 1,5% случаев у мужчин и 1,0% случаев у женщин. В ГР1 – эффективный контроль АД в 0,9% случаев (мужчины – в 2,8%, женщины – 0,4%) ($p = 0,07$). В ГР2 и ГР3 нет ни одного пациента с эффективным контролем

АД. В ГР4 эффективный контроль АД в 2,4% случаях: (мужчины – 1,2%, женщины – 3,2%) ($p = 0,35$). В этой группе выявлено большее число больных, контролирующих АД, но этот процент настолько мал, что гендерные различия оказались недостоверными.

Эффективный контроль пульса у больных СД составил 19,3% случаев. Среди мужчин – в 26,8% случаев, а среди женщин – в 16,2% случаев ($p = 0,001$). Назначение врачами бета-блокаторов ассоциировалось с наличием ИБС у больных СД. Частота назначений бета-блокаторов среди больных СД составила 34,4% случаев. Эффективность контроля пульса в ГР1 составил 2,5% случаев (мужчины – 4,2% случаев, женщины – 2,0%) ($p = 0,3$). В ГР2 контроль пульса составил 42,1% случаев (мужчины 47,1%, женщины – 38,1%) ($p = 0,6$). В ГР3 эффективный контроль ритма был у 12,3% больных (мужчины – 12,5% и женщин 12,3% случаев ($p = 0,97$). В ГР4 отмечается эффективный контроль – в 45,2% случаев (у мужчин – 47,6% и у женщин – 43,7% случаев ($p = 0,57$).

Выводы. 1. В амбулаторной практике достижение оптимального уровня АД у больных СД не превышает 1% случаев при высокой распространенности АГ среди исследуемой выборки. У больных СД с микрососудистыми и комбинированными осложнениями нет ни одного пациента с эффективным контролем АД. 2. Эффективный контроль пульса ассоциируется с низкой распространенностью тахикардий у больных СД и микрососудистыми осложнениями. Наличие ИБС повышает частоту назначений бета-блокаторов, но эффективного контроля пульса у этих пациентов нет. 3. СД протекающий без осложнений имеет низкий риск развития тахикардий, что определяет хороший контроль пульса.

II-5 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Валикулова Ф.Ю., Фомин И.В., Поляков Д.С.

ФГУ ВПО НижГМА Росздрава, Нижний Новгород, Россия

Распространенность сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у больных сахарным диабетом (СД) в 25 раз выше, чем в общей популяции и встречается, по некоторым данным почти у 70% больных СД 2 типа, причем у женщин чаще, чем у мужчин.

Цель исследования – определить частоту ССО у больных СД в организованной выборке в диспансерной группе одной поликлиники.

Материалы и методы: Анализ больных СД (713 человек) за период 2000–2006 гг показал, что пациентов с СД 2 типа 94,4%. Вся выборка больных СД разделена на четыре подгруппы: больные с крупно-сосудистыми осложнениями (инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения) (ГР1); с микрососудистыми осложнениями (ретинопатия, нефропатия, нейропатия) (ГР2); с комбинированными осложнениями (ГР3) и больные СД без осложнений (ГР4). Обработка данных осуществлялась в среде Windows XP с использованием приложений MS Office 2002 (MS Access, MS Excel), Statistica 6.0, SPSS 13.0 с достоверностью по данным теста хи-квадрат по методу Мак Немара ($p < 0,05$).

Полученные результаты: Среди больных СД 2-го типа женщин оказалось 71,8%, а мужчин – 28,2%. Из всей выборки СД в ГР1 оказалось 44,9% больных; в ГР2 – 5,3%; в ГР3 – 19,4% и в ГР4 – 30,4%. От всех мужчин с СД в ГР1 было 34,8% респондентов, в ГР2 – 8,2%, в ГР3 – 15,5% пациентов и в ГР4 – 41,5%. Из всей выборки женщин в ГР1 женщин было 49,0% ($р/ж < 0,0005$), в ГР2 – 4,2% ($р/ж = 0,03$), в ГР3 – 20,9% ($р/ж = 0,09$) и в ГР4 – 17,8% ($р/ж < 0,0003$). Выявлена более низкая распространенность любых крупных ССО среди мужчин (50,2%) по сравнению с женщинами (70%) ($p < 0,0001$).

ИБС среди больных СД встречалась в 64,2% случаев. АГ диагностирована в 99,6% случаев. Стабильная стенокардия (СС) установлена в 30,2% случаев. Среди мужчин этот диагноз был выставлен в 27,1% случаев, а среди женщин – в 31,4% случаев. Среди пациентов с СД, перенесших ОИМ, оказалось 9,7% больных: мужчин – 14,0%, женщин – 7,9%. Распространенность ОНМК составила 4,9% случаев, среди мужчин – 3,4% случаев, а среди женщин – 5,5% случаев. Распространенность перемежающейся

хромоты составила в выборке 6,7% случаев: мужчины — 9,2%, женщины — 5,7%. Микро-сосудистые осложнения в выборке составили 24,7% случаев. Гендерных различий не было обнаружено: мужчины имели данные осложнения в 23,7% случаев, а женщины — в 25,1% ($p=0,68$). Диабетическая нейропатия встречалась в 20,1% случаев, ретинопатия — в 18,8% случаев, нефропатия в 8,7% случаев. Диабетическая стопа и ампутация нижних конечностей установлена в 2,2% и 0,3% случаев соответственно. У больных СД с диабетической стопой ампутация была проведена в 12,5% случаев.

Выводы. 1. У больных СД ИБС, СС, и перенесенное ОНМК встречались достоверно чаще у женщин, чем у мужчин. 2. Наличие перенесенного ОИМ и перемежающей хромоты диагностировано достоверно чаще у мужчин, чем у женщин. 3. Достоверных гендерных различий в частоте микро-сосудистых осложнений обнаружено не было. 4. Мужчин с СД, не имеющих сердечно-сосудистых осложнений, оказалось достоверно меньше, чем женщин.

II-6 ВЫЯВЛЕНИЕ 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 Республики¹, Чебоксары, Чувашская Республика; ФГУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологии², 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 увеличилась в 1,7 раза, а острого инфаркта миокарда — в 1,3 раза. Успех первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистой патологии (ССЗ) во многом зависит от успешного управления факторами риска, что в первую очередь, требует проведения популяционных исследований.

В 2006-2007 гг 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 мужчин и женщин 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 $\geq 6,1$ ммоль/л) — 3,8%, постпрандиальная гипергликемия (сахар в плазме крови $\geq 7,8$ 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.

II-7 ПОПУЛЯЦИОННАЯ ПРОГРАММА «РЕГИСТР НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ»: РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ В Г.ТОМСКЕ

Зяблов Ю.И., Округин С.А., Гурченко А.Г., Гарганеева А.А.
ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель работы. Создать и внедрить в г.Томске популяционную эпидемиологическую программу по изучению нестабильной стенокардии (НС) среди жителей города в возрасте 20-70 лет.

Методы исследования. Были обследованы все больные, которым на догоспитальном этапе или после выписки из стационаров был выставлен диагноз НС. Нестабильным (острым) считался период в первые 28 дней с момента появления соответствующей симптоматики. За два года было зарегистрировано 2760 случаев, подозрительных на НС. Обследовано 2139 (77,5%) больных. Наличие НС подтвердилось у 1477 больных (69,1%). 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%.

Результаты. Первые случаи заболевания НС у мужчин были отмечены в возрастной группе 20-39 лет, у женщин — на десятилетие позже. Мужчин было зарегистрировано в два раза больше, чем женщин. В возрастной структуре больных преобладали лица старше 60 лет. Половина больных перенесла ранее инфаркт миокарда (ИМ), более 80% из них страдали артериальной гипертензией (АГ). Изменения на ЭКГ ишемического типа встречались только у каждого третьего больного. В клинической структуре НС преобладали варианты в виде «учащения приступов стенокардии с изменением их характера» и «затяжного приступа стенокардии длительностью более 20 минут». В ходе исследования была изучена частота распространения НС, проанализировано состояние медицинской помощи больным на догоспитальном этапе и в стационарах, оценены ближайшие и отдаленные исходы НС и факторы их определяющие. Разработана математическая модель прогнозирования неблагоприятных исходов острого периода НС.

Выводы. Разработанная программа по всем признакам (диагностические критерии, медицинская документация, методика исследования) может называться «Регистр нестабильной стенокардии». Его использование позволяет изучить все аспекты НС на популяционном уровне, включая регистрацию всех новых случаев заболевания, организацию медицинской помощи больным с НС на догоспитальном и госпитальном этапах, проспективное наблюдение за пациентами и оценка отдаленных результатов вторичной профилактики обострений НС у различных категорий больных. 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.

II-8 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА РАНЖИРОВАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ЦЕНТРАЛЬНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ)

Иванов В.М., Муромцева Г.А., Капустина А.В., Лельчук И.Н., Тимофеева Т.Н., Баланова Ю.А., Доценко А.Н., Худяков М.Б.
ФГУ ГНИЦ ПМ Росмедтехнологии, Москва, Россия

В последние годы на фоне существующих стандартов оказания лечебно-профилактической помощи много внимания уделяется оценке деятельности лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ). Предпочтение отдается формально-математическим методам, учитывающим специфику объектов и ситуаций, складывающуюся в определенной сфере деятельности ЛПУ.

Цель настоящего исследования заключалась в изучении возможности использования многомерного статистического анализа для оценки эпидемиологической ситуации по нескольким мониторируемым факторам. Для примера сравнили эпидемиологическую ситуацию по АГ в регионах Центрального федерального округа (ЦФО) по 3 показателям, смертности и инвалидности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и распространенности курения.

Методы. В субъектах ЦФО, участвующих в мониторинговании эпидемиологической ситуации по АГ, проанализировали смертность взрослого населения вследствие ССЗ за три календарных года (2000, 2004, 2006гг.), распространенность в обследованной популяции инвалидности вследствие ССЗ и привычки к табакокурению. Для каждого субъекта последовательно рассчитали отношение исследованных показателей к среднему значению показателя в округе. Суммировали полученные отношения по всем исследованным показателям и ранжировали их по величине, от максимального к минимальному. Области с максимальной величиной суммарного (кумулятивного) показателя присваивались 1-е ранговое место, с минимальной величиной – последнее. «Весовой» коэффициент для каждого из анализируемых факторов не вводился преднамеренно.

Результаты. Среди регионов ЦФО сумма рассчитанных отношений по трем исследованным показателям была самой высокой в Смоленской и Тульской областях (17,2 и 16,9 соответственно); выше среднего – в Курской и Орловской (15,6 и 14,5), имела средние значения в Калужской и Воронежской (12,6 и 10,5) и была наименьшей, с суммарным коэффициентом 10 и менее, – в Брянской и Белгородской областях. Эти величины определили ранговое место субъекта ЦФО в пределах федерального округа в отношении тяжести эпидемиологической ситуации по ССЗ: Смоленская область – 1 (наихудшая ситуация), Тульская – 2; Курская – 3; Орловская – 4; Калужская – 5; Воронежская – 6; Брянская – 7; Белгородская – 8 (наилучшая ситуация).

Выводы: Поэтапная многомерная группировка выбранных субъектов с введением нормирующих показателей (здесь: среднее значение по федеральному округу), последующее их преобразование и суммирование по каждому из субъектов позволило составить комплексную сравнительную картину тяжести эпидемиологической ситуации по исследованным показателям в регионах, участвующих в мониторинговании АГ. Апробированный способ ранжирования может быть применен для анализа не только эпидемиологической ситуации по каким-либо заболеваниям, но и деятельности отдельных ЛПУ и органов здравоохранения субъектов РФ.

II-9 ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г. РОСТОВА-НА-ДОНУ

Кательницкая Л.И., Глова С.Е., Хаишева Л.А.

ГОУ ВПО РостГМУ Росздрава, Ростов-на-Дону, Россия

Хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) являются актуальной проблемой здравоохранения и охраны здоровья населения, что связано с высокой заболеваемостью, инвалидизацией и смертностью. Снижение смертности от ХНИЗ связано, главным образом, с уменьшением распространенности факторов риска (ФР) среди населения.

Цель исследования: изучить распространенность поведенческих и ряда других модифицируемых факторов риска в популяции жителей г. Ростова-на-Дону.

Материалы и методы исследования. Одномоментное популяционное эпидемиологическое исследование случайной, стратифицированной по возрасту и полу, выборки из неорганизованного населения г. Ростова-на-Дону объемом 3446 человек.

Программа обследования включала использование опросника для выявления основных факторов ХНИЗ, разработанного специалистами ГНИЦ ПМ, двукратное измерение АД ртутным сфигмоманометром, измерение роста и массы тела. Рассчитывалась величина индекса массы тела (ИМТ). При значении ИМТ от 25 и более $\text{кг}/\text{м}^2$ регистрировалась избыточная масса тела, при значении ИМТ более $30 \text{ кг}/\text{м}^2$ – ожирение. Уровень общего холестерина (ОХС) в сыворотке крови оценивали с помощью системы контроля за липидами фирмы Cholestech (США). Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере типа IBM PC/AT с использованием пакета прикладных программ Statistica 6,0.

Результаты исследования. Отклик на опрос составил 66,5% (заполнено 2293 анкеты). Возраст респондентов в исследуемой выборке был в пределах от 25 до 64 лет, при среднем его значении $47,14 \pm 0,24$ года.

Распространенность артериальной гипертензии (АГ) и гиперхолестеринемии, стандартизованные по возрасту, в популяции жителей г. Ростова-на-Дону составила 44,7% и 48,9%, соответственно. При оценке уровня образования было установлено, что треть жителей г. Ростова-на-Дону (32%) имеют высшее или неоконченное высшее образование. При оценке ответов о семейном статусе выявили, что 63% жителей г. Ростова-на-Дону состоят в браке или живут в гражданском браке. Установлено, что 19,5% респондентов физически неактивны и 2% отмечают низкий уровень физической активности. Стандартизированная по возрасту распространенность избыточной массы тела составила 53,1%, а ожирения – 16,3%, низкого потребления фруктов и овощей – 56,6%, курения – 33,2%, высокого (более 20 г/день) потребления алкоголя – 18,2%.

Выводы. Наибольшую распространенность в популяции жителей г. Ростова-на-Дону, при достаточно высоком уровне образования, имеют такие ФР ХНИЗ как: недостаточное потребление фруктов и овощей, избыточная масса тела, АГ, гиперхолестеринемия, курение, низкая физическая активность.

II-10 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДИСЛИПИДЕМИИ И ДИСПРОТЕИНЕМИИ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

Кривошаткина З.Н., Миронова Г.Е.

ЯНЦ СО РАМН, Якутск, Россия

Адаптация к суровым климатогеографическим условиям высоких широт зависит от состояния белкового и липидного обмена. Новосибирские ученые показали, что среди коренных жителей Крайнего Севера смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в 1970–1980 гг была ниже, чем среди приезжего населения. Однако в последнее время наблюдается неуклонный рост сердечно-сосудистых заболеваний среди коренных жителей.

Цель работы – оценка некоторых показателей липидного и белкового обмена среди жителей Якутии в зависимости от этнической принадлежности.

Материал и методы. Материал для исследования набирался во время комплексных медико-биологических экспедиций. Всего обследовано 1719 жителей Якутии обоего пола в возрасте от 18 до 60 лет. Из них лиц коренной национальности было 1340, приезжих – 379. Контрольная группа состояла из 50 здоровых лиц в возрасте от 20 до 40 лет (20 женщин и 30 мужчин).

Анализ спектра аминокислот проводили на аминокислотном анализаторе фирмы «Hitachi» CLA-3B. Показатели липидного обмена определялись на биохимическом анализаторе Cobas Mira Plus.

Результаты. Согласно полученным данным у 35% из числа обследованных лиц выявлена гиперхолестеринемия, независимо от этнической принадлежности. При этом тенденция к увеличению уровня общего холестерина у жителей Якутии отмечается

сравнительно в молодом возрасте (начиная с возрастной группы 30–39 лет), а у лиц старше 60 лет увеличение содержания холестерина в крови было статистически достоверным ($p < 0,05$). Концентрация в крови антиатерогенных липопротеидов у лиц якутской национальности была ниже нормы, и сочеталось с высоким содержанием атерогенной фракции липидов. В группе лиц русской национальности уровень ХС ЛПВП был выше чем у якутов, но в то же время высоким был и ХС ЛПОНП, который был также выше, чем у якутов. Коэффициент атерогенности превышал допустимую норму в обеих группах, при этом у якутов этот показатель превышал норму в 2,16 раза, у русских – в 1,9 раза.

Сравнительный анализ аминокислотного спектра крови показал, что у жителей Якутии отмечается аминокислотный дисбаланс, который наиболее выражен у приезжих. Так сумма свободных аминокислот в крови у приезжих была выше в 1,9 раза, а у коренных жителей Якутии – в 1,5 раза, по сравнению с контрольной группой. Повышение уровня в крови практически здоровых жителей Якутии пролина, тирозина, фенилаланина, изолейцина и метионина, принимающих участие в регуляторных процессах, сочеталось с изменением соотношения альбуминов и глобулинов в сторону некоторого повышения γ -глобулиновой фракции. При этом у коренных жителей Якутии, особенно у женщин, диспротеинемия была более выраженной.

Таким образом, высокая распространенность дислипидемии и диспротеинемии является ценной адаптации к современным социально-экономическим условиям жизни и может рассматриваться как один из факторов способствующих развитию сердечно-сосудистых заболеваний, как среди приезжего, так и коренного населения Якутии.

II-11 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В КОГОРТЕ ВЗРОСЛЫХ ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Мамедов М.Н., Чепурина Н.А., Деев А.Д., Оганов Р.Г.

ФГУ Государственный научный-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологии, Москва, Россия

Концепция суммарного сердечно-сосудистого риска является основой первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений. Целью настоящего исследования является: 1) оценка уровня суммарного сердечно-сосудистого риска в когорте взрослых лиц трудоспособного возраста, 2) изучение особенностей основных факторов риска (ФР) и их сочетания у лиц с различным уровнем суммарного сердечно-сосудистого риска.

В исследование были включены 627 респондентов ($n=207$ мужчин, $n=420$ женщин) в среднем возрасте $58,9 \pm 0,9$ лет. Технология экспресс определения суммарного сердечно-сосудистого риска, основанная на учете возраста, пола, статуса курения, уровней АД и общего ХС была апробирована во время двух крупных мероприятий общероссийского масштаба. Проводилось дополнительное анкетирование по социальному статусу, также учитывались принимаемые лекарственные препараты и соматические заболевания.

В целом, у 59% обследованных лиц выявлена гиперхолестеринемия различной степени. АГ зарегистрирована у 37% респондентов, преимущественно АГ 1 степени. Каждый пятый респондент является курильщиком. В большинстве случаев ФР встречались в сочетании. Так, у 42% обследованных лиц зарегистрировано сочетание двух или трех ФР. Наиболее часто выявлено сочетание АГ и гиперхолестеринемии – 24%. Курение и гиперхолестеринемия встречается у 11,6%, тогда как сочетание АГ и курения выявлено только у 1%. Сочетание АГ с курением и гиперхолестеринемией выявлено у 5% взрослых лиц трудоспособного возраста.

Расчет суммарного сердечно-сосудистого риска показывает, что 72% ($n=450$) когорты имеет низкий и умеренный риск, тогда как у 14% ($n=87$) определен высокий и у 14% ($n=90$) очень высокий сердечно-сосудистый риск. Интересно, что низкий и умеренный сердечно-сосудистый риск среди женщин встречается почти в два раза чаще. При этом каждый третий обследованный

мужчина имеет очень высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Выраженность ФР внутри группы с различным значением суммарного сердечно-сосудистого риска оказалась неоднородной.

Среди дополнительных ФР только абдоминальное ожирение имело тесную корреляцию с суммарным показателем сердечно-сосудистого риска, тогда как между наследственной отягощенностью по ССЗ, статусом образования и суммарным сердечно-сосудистым риском не выявлена достоверная ассоциация.

Тактика подбора терапии при различных уровнях суммарного риска требует дифференцированного подхода. У лиц с низким риском приоритетным является изменение образа жизни, при этом до 40% лиц нуждаются в регулярном врачебном контроле. Лицам с высоким риском необходимо проведение многокомпонентной терапии с применением средне-терапевтических доз препаратов. Пациентам с очень высоким риском, даже при небольшом отклонении факторов риска показана агрессивная терапия с обязательным достижением целевых уровней.

II-12 РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА С ПОМОЩЬЮ ИЗМЕРЕНИЯ ДИСПЕРСИИ КОРРИГИРОВАННОГО ИНТЕРВАЛА QT У ЛИЦ С ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПОПУЛЯЦИИ

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

В настоящее время электрическая нестабильность миокарда (ЭНМ) рассматривается как состояние, имеющее многофакторную природу. Одним из основных показателей ЭНМ является дисперсия корригированного интервала QT (QTcd). Метод оценки вариабельности корригированного интервала QT широко применяется у пациентов с различной патологией сердечно-сосудистой системы, но отсутствуют данные о диагностической роли QTcd в качестве раннего маркера ЭНМ.

Цель исследования. Оценить значение дисперсии корригированного интервала QT для ранней диагностики ЭНМ при влиянии поведенческих и биологических факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в популяции.

Материалы и методы. Проведено популяционное кросс-секционное исследование населения г.Челябинска в возрасте 18–64 года. Сформирована репрезентативная выборка, объемом 1200 человек, с откликом – 790 человек (65,8 % от выборки). 296 обследуемым (25 % от городской выборки и 37 % от отклика) проведено анкетирование по стандартному протоколу программы CINDI с целью выявления поведенческих и биологических факторов риска; физикальное, лабораторное и углубленное электрокардиографическое обследование с вычислением QTcd как разницы между максимальным и минимальным значением корригированного интервала QT в 12 общепринятых отведениях.

Результаты. В неорганизованной популяции распространенность ЭКГ без отклонений от нормы по критериям Миннесотского кода выявлена у 82 человек (27,7%). Увеличение значения QTcd у лиц с нормальными ЭКГ достоверно ассоциировано с избыточной массой тела, ожирением, злоупотреблением жирной пищей, артериальной гипертензией. Установлена прямая корреляционная связь между показателем QTcd и перечисленными факторами риска.

В группе с наличием факторов риска среднее значение QTcd составило $67,5 \pm 33,6$ мс^{1/2}, что достоверно выше аналогичного показателя в группе без факторов риска ($51,9 \pm 21,8$ мс^{1/2}, $p=0,019$).

Выводы. Показатель дисперсии корригированного интервала QT у лиц с отсутствием каких-либо изменений на ЭКГ, но подверженных воздействию поведенческих и биологических факторов риска, является ранним, информативным маркером в своевременном прогнозировании электрической нестабильности миокарда. Увеличение QTcd выше $67,5$ мс^{1/2} необходимо рас-

смагивать как критическое значение для идентификации электрической нестабильности сердца при адаптации миокарда к воздействию факторов риска на доклиническом этапе. Определение QTcd необходимо включать в комплекс обследования лиц, угрожаемых по развитию ИБС.

II-13 ЗНАЧЕНИЕ СКОРОСТНЫХ ДЕТЕРМИНАНТ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕРДЦА В ОЦЕНКЕ АДАПТИВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ МИОКАРДА 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

Скоростные характеристики электрических потенциалов сердца выступают маркерами поражения мембран кардиомиоцитов и оценивают скорость процесса деполяризации желудочков. В клинических условиях детекцию скоростных характеристик электрической активности сердца (ЭАС) осуществляют по данным ЭКГ и её первой производной с расчетом величины скорости активации желудочков (САЖ). Снижение значения САЖ свидетельствует об истощении адаптационных механизмов сердца при воздействии различных факторов.

Цель. Оценка значения скорости активации желудочков при адаптации сердца к воздействию факторов риска в популяции на доклиническом этапе.

Материалы и методы. Проведено кросс-секционное эпидемиологическое исследование населения г. Челябинска в возрасте 18-64 года. Репрезентативная выборка составила 1200 человек, отклик — 790 человек (65,8% от выборки). 296 обследуемым (25% от городской выборки и 37 % от отклика) проведено анкетирование по стандартному протоколу программы CINDI с целью выявления поведенческих и биологических факторов риска; физикальное, лабораторное и углубленное электрокардиографическое обследование с кодированием изменений ЭКГ по Миннесотскому коду и вычислением показателей ЭАС. Для записи ЭКГ использовался электрокардиограф ЭК1Т — 03М2 и электронная приставка с постоянной времени 0,0075, в основе которой заложен метод аналого-цифрового преобразования ЭКГ — контура. Из скоростных детерминант ЭАС использовался показатель САЖ. Величина САЖ определялась как отношение максимальной амплитуды дифференцированной кривой комплекса QRS к максимальной амплитуде комплекса QRS обычной ЭКГ (с-1). Рассчитывалось значение САЖ в каждом из 12 отведений, с нахождением среднего арифметического для каждого обследуемого.

Результаты. Нормальный тип ЭКГ выявлен в популяции у 82 человек (27,7%). В этой группе отмечалось достоверное снижение значения САЖ при наличии факторов риска: избыточной массы тела, ожирения, повышенного объема талии, отказа от употребления алкоголя, артериальной гипертензии, гиперхолестеринемии. Среди лиц с нормальными ЭКГ при наличии выявленных факторов риска среднее значение САЖ составило $44,2 \pm 3,4$ с-1, что ниже аналогичного показателя в подгруппе без данных факторов ($49,3 \pm 2,4$ с-1, $p < 0,001$).

Выводы. Показатель САЖ у лиц с отсутствием каких-либо изменений на ЭКГ, при наличии поведенческих и биологических факторов риска, является ранним информативным маркером выявления электрической нестабильности миокарда. Снижение величины САЖ ниже $44,2$ с-1, необходимо рассматривать как критическое значение для диагностики электрической нестабильности миокарда при адаптации сердца к воздействию факторов риска на доклиническом этапе до развития более серьезной электрической дезадаптации, проявляющейся патологическими отклонениями на стандартной ЭКГ. Определение скоростных детерминант ЭАС целесообразно включать в перечень скрининговых методов обследования.

II-14 ВЫСОКАЯ СМЕРТНОСТЬ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ — ПРИОРИТЕТНАЯ ПРОБЛЕМА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (по материалам исследования смертности при острых формах ИБС в г.Рязани)

Никулина Н.Н.¹, Якушин С.С.¹, Бойцов С.А.², Лиферов Р.А.³, Тяжлов Н.А.⁴, Маревичев М.М.⁴, Кильдишева Е.В.⁴

ГОУ ВПО РязГМУ имени акад. И.П.Павлова Росздрава¹, Рязань, Россия; ФГУ Российский кардиологический научно-производственный комплекс², Москва, Россия; ГУЗ РОККД³, Рязань, Россия; Бюро судебно-медицинской экспертизы⁴, Рязань, Россия

Актуальность: высокая сердечно-сосудистая (СС) смертность в России требует детального изучения факторов, определяющих данный показатель, с целью определения приоритетных направлений работы практического здравоохранения.

Цель: проанализировать удельный вес и структуру внегоспитальной смертности в одном административном районе г.Рязани.

Материалы и методы: исследование проведено в течение 6 месяцев на территории административного района г.Рязани с численностью населения 92031 человек. Анализировались посмертные диагнозы согласно форме 106/у-98, клиническая картина накануне смерти, документация скорой медицинской помощи, амбулаторные карты умерших.

Результаты: За 6 месяцев среди изучаемой когорты умерло 546 человек старше 18 лет, из них 51,3% мужчин (средний возраст 64,5 года) и 48,7% женщин (средний возраст 75,7 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. 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 патологоанатомического / 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 высоко-вероятна внезапная сердечная смерть, т.е в 39% случаев «хронической ИБС», установленной в поликлиниках, можно предполагать острые формы ИБС. С учетом этих случаев удельный вес внегоспитальной смертности при острых формах ИБС возрастает с 19% до 87% случаев.

Выводы: выявленная в г. Рязани высокая (86%) внегоспитальная сердечно-сосудистая смертность, а также, по уточненным данным, внегоспитальная смертность от острых форм ИБС (87%), определяет необходимость оптимизации первичной и вторичной профилактики ИБС на амбулаторном этапе.

II-15 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В ТОМСКЕ. ДЕСЯТИЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Округин С.А., Зяблов Ю.И., Гарганеева А.А.

ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования: Проанализировать заболеваемость и смертность от острого инфаркта миокарда (ОИМ) среди постоянного населения города Томска старше 20 лет за период с 1997 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 9861 случай заболевания ОИМ, в том числе 6645 (67,4 %) «определенным» и 3216 (32,6%) – «возможным» ОИМ. Среди больных мужчины составили 5886 (59,7%), женщины – 3975 (40,3%). В большинстве случаев – 7743 (78,5%) ОИМ проявлялся классическим ангинозным статусом, в 2118 (21,5%) случаях клиника заболевания была атипичной. В возрастной структуре больных, в течение всего срока наблюдения, преобладали лица старше 60 лет (61,0–69,0%).

Результаты исследования: В первые 8 лет уровень заболеваемости ОИМ оставался стабильным, составляя 2,60–2,87 случая на 1000 жителей (у мужчин – 3,24–3,71, у женщин – 1,93–2,26). 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. Снижение 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 0,24 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.

В 1997–2004 гг показатель смертности увеличился в целом с 91,1 до 121,2 случаев на 100 тыс. жителей ($P < 0,05$), у мужчин со 121,3 до 161,5 ($P < 0,05$), у женщин – с 63,8 до 88,2 ($P < 0,05$). В последние два года смертность, как и заболеваемость, снизилась и составила в 2005 году – 115,2, в 2006 – 106,5 ($P < 0,05$) в целом, у мужчин соответственно 151,4 и 140,9, у женщин – 85,6 и 78,1 ($P < 0,05$).

Заключение: Таким образом, после длительного периода стабильно высокого уровня заболеваемости и смертности от ОИМ в Томске наметилась тенденция к снижению данных показателей. К числу возможных причин этого явления 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.

II-16 АДЕКВАТНОСТЬ ОЦЕНКИ СОТРУДНИКАМИ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ Г.ИВАНОВО ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ПРОГНОЗ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Романенко Т.С., Омельяненко М.Г., Концевая А.В., Калинина А.М.

ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, Иваново, Россия; ФГУ «ГНИЦ ПМ Росмедтехнологии», Москва, Россия

Высокая распространенность факторов риска является одной из основных причин расхождения показателей заболеваемости и смертности в России и других развитых странах. Успех профилактических вмешательств зависит от коррекции этих факторов и во многом определяется осознанным отношением каждого отдельного человека к своему здоровью.

Цель работы: оценить адекватность самооценки сотрудниками высших учебных заведений (ВУЗов) г.Иваново влияния имеющих отдельных факторов, определяющих прогноз развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе поликлиники КД в рамках диспансеризации работающего населения. Обследованная выборка включала 234 работников 2 ВУЗов г. Иваново. Обследование каждого пациента включало: набор опросников, автоматизированную компьютерную систему «Выяв-

ление заболеваний и оценка риска» – (ВЗОР), объективное обследование с проведением антропометрии, двукратным измерением АД и лабораторным обследованием (уровня холестерина и глюкозы крови).

Результаты: В исследуемой группе сотрудников ВУЗов исходно цифровые значения своего артериального давления смогли назвать 94,9%, веса – 91,9%, холестерина – 0,9% и глюкозы крови – 1,7% опрошенных. При сравнении цифр АД, названных участниками исследования и цифр АД, полученных при проведении осмотра выявлено, что у 82% эти показатели совпали ± 10 мм рт.ст., а у 18% значительно отличались. При этом у 14,5% измеренное АД оказалось, существенно выше (в отдельных случаях на 50 мм рт.ст.), а у 3,4% – ниже. Изучение адекватности самооценки массы тела пациентов показало, что 10,7% считают свой вес избыточным при нормальной массе тела, 34,6% оценивают вес, как нормальный при ИМТ 25 кг/м² и ниже, 45,3% отметили, что имеют избыточный вес, что подтвердилось при объективной оценке, а 9,0% считают, что имеют нормальный вес при наличии избыточной массы тела и даже ожирения первой степени. 0,4% респондентов не смогли оценить свой вес. Такие факторы риска ССЗ, как гиперхолестеринемия и гипергликемия обнаружены у 45,3% и 1,7% опрошенных, при этом адекватную оценку наличия данных факторов риска из них смогли дать 1,9% и 75% респондентов, соответственно. Следует отметить, что из 12,8% лиц с подозрением на наличие ранее не диагностированных сердечно-сосудистых заболеваний (артериальная гипертония, ИБС) 20% имело отягощенную наследственность по наличию подобной патологии.

Выводы: сотрудники ВУЗов г.Иваново характеризуются высокой распространенностью факторов риска ССЗ и, в целом, адекватной оценкой их влияния на организм.

II-17 ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ПРИМЕРЕ МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Романчук С.В.¹, Атрошенко И.Г.², Шутемова Е.А.¹, Назарова О.А.¹

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», Иваново, Россия¹; МУЗ «Тейковская центральная районная больница»², Тейково, Ивановская область, Россия

Цель. Провести анализ терапии, назначенной по поводу артериальной гипертонии (АГ), с точки зрения ее адекватности и соответствия действующим стандартам, а также эффективности.

Материал и методы. В качестве объекта изучения выбран один из районов Ивановской области численность около 50 тыс. человек как модель среднего по численности муниципального образования с хорошо развитой медицинской службой, включая кардиологическую помощь. В качестве точки наблюдения были выбраны все обращения взрослого населения в поликлиническое отделение Тейковской ЦРБ по любой причине с 1.03 по 30.05 2007г. Учитывались все пациенты, у которых был установлен диагноз артериальной гипертонии. В исследование было включено 714 больных АГ (71,6% женщины). Средний возраст пациентов составил 65,3 года. Доля больных с АГ I-ой стадии составила 1,96%. У 70% больных имелся очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений.

Результаты. Назначенная по поводу АГ терапия, в целом соответствует современным российским и международным рекомендациям по структуре назначаемых групп лекарственных препаратов и их комбинаций, а также в плане соответствия показателям к их применению. Отмечается тенденция к увеличению доли современных форм препаратов – пролонгированных, кишечнорастворимых, с частотой назначения 1 раз в сутки. В то же время крайне редко применяются блокаторы рецепторов к ангиотензину II и новые препараты из групп β -адреноблокаторов и препаратов центрального действия. Большинство лекарственных препаратов назначается в дозах, близких к минимально рекомендованным, но не в составе комбинированной терапии, где такой подход оправдан, а в качестве единственного препарата. Остается низкой частота назначения современных фиксированных

комбинаций лекарственных препаратов, преобладают комбинации, не позволяющие осуществлять терапевтический маневр, удовлетворяющий одновременно критериям безопасности и эффективности. Недооценивается роль низких доз спиронолактона, как средства борьбы с терапевтической резистентностью при гипертонии. Как и в целом по России, крайне недостаточна частота назначения гиполипидемических средств. Терапия артериальной гипертонии была эффективна (то есть достигались целевые цифры артериального давления) менее чем в 10% случаев. Удовлетворительный гипотензивный эффект (значимое снижение артериального давления, отсутствие гипертонических кризов) отмечен не более чем в 25,8% случаев. Хуже всего артериальное давление контролировалось у больных с сахарным диабетом. Лучший контроль отмечен у пациентов с инфарктом миокарда в анамнезе.

Выводы. Полученные в ходе исследования сведения дают ценную информацию при разработке программ повышения эффективности и оптимизации помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

II-18 ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ТРУДОСПОСОБНОМ ВОЗРАСТЕ

Рямзина И.Н., Петранцова С.А., Колтырина Е.Н., Будалина А.Е., Корягина Н.А.

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

В настоящее время уделяется большое внимание борьбе с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний. Основные усилия по изменению образа жизни предлагается сосредоточить на группе лиц высокого риска.

Цель: оценить распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и риск смерти от ССЗ в ближайшие 10 лет жизни у лиц трудоспособного возраста.

Методы: проанализированы результаты периодического медицинского осмотра работников одного из предприятий Пермского края. Обследовано 699 человек, средний возраст $42,81 \pm 9,75$ лет, из них 364 мужчин, 335 женщин. Изучались следующие показатели: индекс массы тела (ИМТ), уровень общего холестерина (ХС), глюкозы натощак, артериальное давление (АД), статус курения. Оценка риска смерти от ССЗ в ближайшие 10 лет проводилась с использованием шкалы SCORE для стран высокого риска.

Результаты: анализ полученных данных показал, что нормальную массу тела ($ИМТ < 25 \text{ кг/м}^2$) имели 138 человек (42,59%), избыточную массу тела ($ИМТ \geq 25 < 30 \text{ кг/м}^2$) – 177 (25,32%). Ожирение ($ИМТ \geq 30 \text{ кг/м}^2$) было выявлено у 101 обследуемого (14,45%). Уровень общего холестерина был равен в среднем $4,98 \pm 0,92$ ммоль/л. Гиперхолестеринемия ($ХС > 5,0$ ммоль/л) выявлена в 30,47% случаев. Артериальная гипертензия (АД $\geq 140/90$ мм рт.ст.) была обнаружена у 140 исследуемых (20,03%). Курило 216 человек (30,90%). Среди женщин курящих было 64 (19%), среди мужчин – 152 (41,76%). Неожиданной оказалась высокая распространенность нарушений углеводного обмена в популяции. Так, нарушение толерантности к глюкозе отмечено у 218 человек (31,13%), а сахарный диабет был выявлен у 72 (10,30%).

Оценивали риск сердечно-сосудистой смертности по шкале SCORE, учитывая пол, возраст, статус курения, уровень систолического АД и ХС. Высокий сердечно-сосудистый риск ($\geq 5\%$) выявлен у 24 обследуемых (3,43%). Возраст лиц с высоким риском от 48 до 62 лет.

Выводы: Таким образом, по результатам периодического медицинского осмотра на предприятии выявлена высокая распространенность традиционных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди лиц трудоспособного возраста, что указывает на необходимость активной первичной профилактики ССЗ с коррекцией имеющихся факторов риска. Обращает внимание выявленная в нашем исследовании высокая распространенность нарушений углеводного обмена, соответствующая таковой в странах Западной Европы и Америки, и отражающая возрастающую роль метаболических нарушений в патогенезе ИБС. Мы по-

лагаем, что профилактические мероприятия должны носить мультидисциплинарный характер и охватывать не только группу высокого риска, но и лиц с низким сердечно-сосудистым риском по шкале SCORE, как правило, более молодого возраста.

II-19 ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ВО ВЗРОСЛОЙ ПОПУЛЯЦИИ: РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИМА

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 Республики¹, Чебоксары, Чувашская Республика; ФГУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологии², 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 ПРИМА (Профилактика, Реабилитация И Медицинская Адаптация). 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, психологической и диабетической 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 (2001 г) и МФД (2005 г), согласно которым распространенность МС в г.Чебоксары 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. 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.

II-20 ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИБС В РЕПРЕЗЕНТАТИВНОЙ ВЫБОРКЕ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ (2002 – 2007 ГОДЫ)

Фомин И.В., Поляков Д.С.

ГОУ ВПО «НиЖГМА Росздрава», Нижний Новгород, Россия

Смертность от сердечно-сосудистых осложнений, особенно ИБС, является одной из ведущих причин среди всех смертей в мире. В РФ годовая смертность от ИБС оказалась выше в три раза по сравнению с данным показателем в странах Европы и США. Снижение смертности в РФ от инсультов на 6% в течение последних двух лет не подтверждается по показателям смертности от ИБС.

Цель исследования: определить динамику распространенности ИБС и ОИМ в репрезентативной выборке в Нижегородской области и выявить гендерные различия.

Материалы и методы. В 1998г была создана репрезентативная выборка в Нижегородской области в составе 3627 респондентов. В 2000, 2002 и 2007гг. эти респонденты были повторно обследованы. После сопоставимости четырех полученных срезов оказалось, что все выборки – сопоставимы и представительны для популяции Нижегородской области на период девяти лет исследования. Материал изучался по данным карт, в которые включалось 136 вопросов: демографические, анамнестические, антропометрические и клинические данные. Была выделена группа больных ИБС и разделена на стабильную стенокардию (СС) и ранее перенесенный инфаркт миокарда (ОИМ). Диагноз ИБС подтверждался по данным вопросника Rose G.A. и по данным предоставленных медицинских документов. Обработка данных осуществлялась в среде Windows XP с использованием приложений MS Office 2002 (MS Access, MS Excel), Statistica 6.0, SPSS 13.0. Для определения достоверности различий непараметрических показателей использовался тест хи-квадрат.

Результаты исследования. Распространенность ИБС в репрезентативной выборке составила в 2002 году 13,9% случаев, в 2007 году – 16,2% случаев (у мужчин – 11,1% и 13,7% и у женщин – 15,8% и 18,0% соответственно, $r_{m/j}=0,001$). Средний возраст больных ИБС не изменился за пять лет как среди мужчин, так и среди женщин, и составил у мужчин 64,4+11,1 и 65,0+11,3 лет, а средний возраст женщин – 68,6+10,0 и 68,4+10,5 лет соответственно ($r_{m/j}=0,035$). За пять лет число больных СС увеличилось с 12,1% до 15,2% респондентов (женщин – с 13,9% до 17,3%, мужчин – с 9,6% до 12,2%, $r=0,0001$). Средний возраст за пять лет не изменился: женщины со СС (68,7+10,4 лет), оказались достоверно старше, чем таковые мужчины (64,9+11,3 лет, $r=0,01$). Распространенность ОИМ за пять лет увеличилась и составила 2,4% и 3,01% случаев, среди мужчин – 2,5% и 3,4%, среди женщин – 2,4% и 2,7% ($r_{m/j}=0,29$). Возраст мужчин с ОИМ составил 66,3+8,9 лет, а женщин – 65,4+11,4 лет ($r=0,69$). Данные результаты расходятся с основными показателями распространенности перенесенного ОИМ в крупных эпидемиологических исследованиях. Можно предположить, что риск смертельных исходов после ОИМ значительно выше в популяции Нижегородской области, чем в Европе и США.

Выводы: 1. Распространенность ИБС увеличилась в репрезентативной выборке достоверно за пять лет наблюдения. 2. Распространенность ИБС увеличилась за счет увеличения заболеваемости СС. 3. Женщины достоверно старше, чем мужчины, имеющие ИБС или СС, что связано с фактором дожития.

II-21 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИБС В РЕПРЕЗЕНТАТИВНОЙ ВЫБОРКЕ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ (1998 – 2007 ГОДЫ)

Фомин И.В., Поляков Д.С.

ГОУ ВПО «НиЖГМА Росздрава», Нижний Новгород, Россия

В 2007 году после окончания исследования COURAGE значимость эффективности терапии больных ИБС возросла, что предопределяет более агрессивную тактику лечения этих больных в РФ. Отсутствие снижения смертности в РФ от ИБС во многом связано с неэффективностью лечения заболевания.

Цель исследования: определить динамику эффективности лечения больных ИБС и ОИМ в репрезентативной выборке в Нижегородской области за девятилетний период наблюдения (1998 – 2007 годы).

Материалы и методы. В 1998г была создана репрезентативная выборка в Нижегородской области в составе 3627 респондентов. В 2000, 2002 и 2007 гг. эти респонденты были повторно об-

следованы. После сопоставимости четырех полученных срезов – выборки сопоставимы и представительны для популяции Нижегородской области на период 9 лет исследования. Анализировалась принимаемая терапия на момент осмотра. Включались все лекарственные средства, на которые указывал пациент. Врачи не высказывали свое мнение. Была выделена группа больных ИБС и разделена на стабильную стенокардию (СС) и ранее перенесенный инфаркт миокарда (ОИМ). Диагноз ИБС подтверждался по вопроснику Rose G.A. и по данным медицинских документов. Обработка данных осуществлялась в среде Windows XP с использованием приложений MS Office 2002 (MS Access, MS Excel), Statistica 6.0, SPSS 13.0. Для определения достоверности различий непараметрических показателей использовался тест хи-квадрат.

Результаты исследования. Распространенность ИБС за девять лет увеличилась на 14,2% ($p=0,04$), ОИМ – на 20,3% ($p=0,29$). В 1998 году СС лечилась ингибиторами АПФ (ИАПФ), аспирином (АС), бета-блокаторами (ББ), нитратами (НИ), антагонистами кальция (АК) в 31,2% случаев, ОИМ – в 48,8% случаев. В остальных случаях принимались прочие лекарственные средства. 1/3 пациентов вообще не лечилась. В 2007 году охват терапией составил СС 83,6% и ОИМ 95,0% случаев. В 1998 г. среди леченных ИАПФ при СС принимались в 47,5% случаев, при ОИМ – 51,3%; ББ при СС – 46,5%, ОИМ – 41,0%; АС при СС – 11,9%, ОИМ – 30,8%; НИ при СС – 29,7%, ОИМ – 56,4%; АК при СС – 5,0%, ОИМ – 7,7% случаев. Статины не принимались в 1998 году. В 2007г. среди леченых ИАПФ принимались при СС в 77,2% случаев, при ОИМ – 76,2%; ББ при СС – 46,2%, ОИМ – 55,3%; АС при СС – 17,9%, ОИМ – 47,4%; НИ при СС – 28,8%, ОИМ – 47,4%; АК при СС – 10,3%, ОИМ – 15,8% случаев. Статины не принимаются при СС, после ОИМ – в 2,5% случаев. Динамика увеличения числа леченных за 9 лет при СС и ОИМ оказалась высоко достоверной ($p<0,0001$). Частота приемов ИАПФ достоверно увеличилась при СС ($p<0,0001$) и ОИМ ($p<0,02$); по ББ, АС, НИ, АК при СС и ОИМ динамика оказалась недостоверной.

Выводы: 1. Охват терапией за 9 лет у больных ИБС достоверно увеличился за счет назначения ИАПФ. 2. ББ, АК, АС увеличилась в частоте приемов недостоверно. 3. Нитраты снизились в частоте приемов недостоверно. 4. При большом охвате лечения ИБС эффективность терапии составляет не более 12% по уровню АД, 6% по частоте сердечных сокращений, и 0% по контролю холестерина.

II-22 ИТОГИ ПРОВЕДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН В РАМКАХ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Чукова О.В., Коробова Т.В.

Министерство здравоохранения, Ставрополь, Россия

Проведен анализ результатов дополнительной диспансеризации (ДД) граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях, а также медицинских осмотров (МО) граждан, работающих во вредных и опасных условиях труда за 2 года реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» (ПНП).

ДД и МО проводились в 44 ЛПУ Ставропольского края, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. ДД за 2 года прошли более 126 тыс. граждан, работающих в бюджетной сфере. Впервые выявлено почти 22 тыс. хронических заболеваний, на диспансерный учёт дополнительно взято более 20 тыс. человек. Наряду с этим, дополнительные и углубленные МО проведены более 70 тыс. «вредникам». У этой категории граждан впервые выявлено почти 18 тыс. заболеваний, на диспансерный учёт в поликлиниках края взято более 8 тыс. человек.

Определены группы состояния здоровья. Оказалось, что практически здоровы только 24% бюджетников и 32% «вредников». Имеют риск развития заболеваний в будущем (выявлены

факторы риска: гиперхолестеринемия, гликемия натощак, повышенный вес и ожирение, табачная зависимость и др.) у 17% обследованных работающих граждан. Хронические заболевания, по поводу которых необходимо обследование и лечение в амбулаторных условиях, выявлены у 56% бюджетников и 47% «вредников».

Стандарт проведения ДД и МО включал в себя осмотр терапевтом, а также выполнение лабораторных (в т.ч. определение холестерина, глюкозы крови) и инструментальных методов исследования (в т.ч. электрокардиографии). Таким образом, проводился скрининг, позволяющий выявить такие социально-значимые болезни системы кровообращения (БСК), как артериальная гипертензия (АГ), и ишемическая болезнь сердца (ИБС).

По итогам ДД бюджетников на первом месте по частоте выявления – БСК. Диагностировано более 18 тыс. случаев БСК. Из них 30% – впервые выявленные заболевания. Диагностирована впервые АГ почти у 4 тыс. граждан, ИБС – у 900. У «вредников» БСК занимают второе место по частоте выявления после эндо-

кардиальных заболеваний. Всего диагностировано 5400 заболеваний, причем 26% из них – впервые во время МО, в т.ч. АГ – у 700 граждан, ИБС – у 130. Таким образом, самыми частыми заболеваниями, выявленными при ДД и МО у обследованных работающих граждан, являются БСК.

Проводимые в рамках ПНП «Здоровье» ДД и МО имеют важное значение в первичной профилактике, раннем выявлении и последующем лечении БСК у трудоспособных граждан. О результативности всего комплекса мер, предпринимаемых в рамках реализации ПНП, свидетельствует постепенное улучшение медико-демографической ситуации в крае. Уровень общей смертности за прошедшие 2 года снизился на 7,6 % (с 14,4 на 1000 населения в 2005г до 13,3 в 2007г), а смертности в трудоспособном возрасте – на 6,6 % (с 6,1 до 5,7 на 1000 населения соответствующего возраста). При этом естественная убыль населения снизилась на 53,5 % (с 4,3 до 2,0 на 1000 населения).

III. Профилактика. Факторы риска

III-1 ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

Венецьева Ю.Л., Мельников А.Х., Переломова И.В., Гомова Т.А., Козлов А.Е.

ГОУ ВПО «Тулский государственный университет», Тула, Россия

С целью изучения взаимосвязей между особенностями образа жизни и уровнем АД у выпускников средней школы, поступивших на первый курс медицинского факультета и обследованных в первые две недели занятий в сентябре 2007 года, проведен корреляционный анализ.

В исследование включено 90 девушек и 37 юношей, прошедших компьютерное тестирование в Центре здоровья ТулГУ («Allonic.net 4.3», Венецьева Ю.Л., Мельников А.Х., Самсонова Г.О., Саулин А.А., 2003-2006). Программа, содержащая 45 вопросов, оценивает уровень ЧСС, САД, ДАД, длительность индивидуальной минуты, результаты корректурной пробы (КП), цветового теста М.Люшера (ЦТЛ), теста Мюнстерберга (активное внимание), «Исключение понятий» (логическое мышление) и «Последовательность образов» (кратковременная зрительная память).

Случайное САД свыше 130 мм рт.ст. (A&D, Япония) наблюдалось у 31,1% девушек и 18,9% юношей, в том числе 140 мм рт.ст. и выше – у 17 девушек (18,9%) и 2 юношей (5,4%); ДАД свыше 80 мм рт.ст. – у 21,1% девушек и 13,5% юношей, в том числе 90 мм рт.ст. и выше – у 5 девушек (5,5%) и 1 юноши (2,7%).

Полученные «необычные» данные (АГ наблюдалась чаще у девушек, чем у юношей) могут быть связаны с тем, что средние длина и масса тела у обследованных девушек также были больше, чем у юношей, соответственно ($M \pm m$) 170,9 \pm 0,9 см и 62,9 \pm 1,5 кг и 167,5 \pm 1,4 см и 61,5 \pm 2,1 кг. Кроме того, избыточная масса тела наблюдалась у 14,4% девушек и 8,1% юношей, а недостаточная – соответственно у 7,8 и 16,2%.

Чем больше масса тела, тем выше ($P < 0,01$) САД ($r = 0,53$ у девушек и $r = 0,61$ у юношей), а у девушек – и ДАД ($r = 0,25$). Уровень САД у девушек положительно связан с ДАД, ЧСС, предпочтением крепких спиртных напитков, временем работы за компьютером и активными протестными реакциями (перемещение черного цвета к началу ряда). Кроме того, чем выше САД, тем короче время выполнения КП.

У юношей на уровень САД влияют следующие факторы: проживание в общежитии, объем курения, частота употребления алкоголя, уровень психоэмоционального напряжения (индекс ЦТЛ), неудовлетворенность отношениями с преподавателями и сексуальные проблемы. САД выше у лиц вечернего хронотипа.

Уровень ДАД обнаружил взаимосвязи только у девушек. Так, ДАД выше у курящих, пробовавших наркотики, жителей областного центра и имеющих проблемы со сном. Выявлена высокодостоверная взаимосвязь ДАД и ЧСС ($r = 0,52$).

ЧСС выше у девушек со сниженной гибкостью, плохоспящих, однако с низким уровнем психоэмоционального напряжения и логического мышления, а также ($P < 0,01$) – у относящихся себя к утреннему хронотипу.

ЧСС выше у юношей с положительной динамикой в уровне здоровья за последнее время. АД и ЧСС не были связаны с данными психофизических тестов.

Таким образом, для современных выпускников школ значимы как традиционно отрицательные факторы (избыточная масса тела, курение, алкоголь), так и новые (время работы за компьютером), что диктует направленность профилактики.

III-2 ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ СТРЕССОРНЫЕ ФАКТОРЫ В РЯДУ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Гарганеева Н.П., Розин А.И., Масунов В.Н.
СибГМУ Росздрава, ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН, ТВМедИ, Томск, Россия

В структуре существующей концепции факторов риска (ФР) психосоциальные стрессорные факторы и, связанные с ними тревожные и депрессивные расстройства невротического и аффективного уровня, пока занимают скромное место. Изучение психосоциального стресса расширяет представления о традиционных ФР.

Цель: оценить воздействие психосоциальных стрессорных факторов на развитие и течение кардиоваскулярных заболеваний с позиции интегративного подхода к многофакторной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Материал и методы: Обследовано 832 больных (361 мужчина и 471 женщина, средний возраст 49,5 \pm 6,4 года) с расстройствами невротического и аффективного уровня, госпитализированных в специализированный психиатрический стационар с верифицированными диагнозами ГБ ($n = 700$) и ИБС ($n = 132$). Методом системного анализа изучена взаимосвязь соматических и психосоциальных ФР, влияющих на развитие и прогнозирование ССЗ у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами с оценкой степени значимости стрессорных факторов.

Результаты: Психотравмирующие события (психосоциальный стресс) в соответствии со шкалой выраженности подразделялись на главные жизненные события, медицинские, производственные, негативные семейно-бытовые и межличностные. ФР производственного плана, переживания утраты близкого, медицинские проблемы были более значимые для мужчин, чем для женщин (50% против 37%; $p = 0,0001$). Жизненные события, семейно-бытовые конфликты и негативные межличностные отношения актуальны для 61,8% женщин и 49,1% мужчин ($p = 0,0001$). Многофакторным анализом установлено, что возраст начала ИБС – 50,1 \pm 7,0 года, тогда как возраст начала психического расстройства (ПР) – 47,3 \pm 8,4 года. Независимо от функционального класса стенокардии (ФК СН) и пола пациентов психотравмирующие события, и связанные с ним тревога, депрессия и другие

факторы риска: гиперхолестеринемия, гликемия натощак, повышенный вес и ожирение, табачная зависимость и др.) у 17% обследованных работающих граждан. Хронические заболевания, по поводу которых необходимо обследование и лечение в амбулаторных условиях, выявлены у 56% бюджетников и 47% «вредников».

Стандарт проведения ДД и МО включал в себя осмотр терапевтом, а также выполнение лабораторных (в т.ч. определение холестерина, глюкозы крови) и инструментальных методов исследования (в т.ч. электрокардиографии). Таким образом, проводился скрининг, позволяющий выявить такие социально-значимые болезни системы кровообращения (БСК), как артериальная гипертензия (АГ), и ишемическая болезнь сердца (ИБС).

По итогам ДД бюджетников на первом месте по частоте выявления – БСК. Диагностировано более 18 тыс. случаев БСК. Из них 30% – впервые выявленные заболевания. Диагностирована впервые АГ почти у 4 тыс. граждан, ИБС – у 900. У «вредников» БСК занимают второе место по частоте выявления после эндокардиальных заболеваний.

Всего диагностировано 5400 заболеваний, причем 26% из них – впервые во время МО, в т.ч. АГ – у 700 граждан, ИБС – у 130. Таким образом, самыми частыми заболеваниями, выявленными при ДД и МО у обследованных работающих граждан, являются БСК.

Проводимые в рамках ПНП «Здоровье» ДД и МО имеют важное значение в первичной профилактике, раннем выявлении и последующем лечении БСК у трудоспособных граждан. О результативности всего комплекса мер, предпринимаемых в рамках реализации ПНП, свидетельствует постепенное улучшение медико-демографической ситуации в крае. Уровень общей смертности за прошедшие 2 года снизился на 7,6 % (с 14,4 на 1000 населения в 2005г до 13,3 в 2007г), а смертности в трудоспособном возрасте – на 6,6 % (с 6,1 до 5,7 на 1000 населения соответствующего возраста). При этом естественная убыль населения снизилась на 53,5 % (с 4,3 до 2,0 на 1000 населения).

III. Профилактика. Факторы риска

III-1 ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

Венецьева Ю.Л., Мельников А.Х., Переломова И.В., Гомова Т.А., Козлов А.Е.

ГОУ ВПО «Тулский государственный университет», Тула, Россия

С целью изучения взаимосвязей между особенностями образа жизни и уровнем АД у выпускников средней школы, поступивших на первый курс медицинского факультета и обследованных в первые две недели занятий в сентябре 2007 года, проведен корреляционный анализ.

В исследование включено 90 девушек и 37 юношей, прошедших компьютерное тестирование в Центре здоровья ТулГУ («Allonic.net 4.3», Венецьева Ю.Л., Мельников А.Х., Самсонова Г.О., Саулин А.А., 2003-2006). Программа, содержащая 45 вопросов, оценивает уровень ЧСС, САД, ДАД, длительность индивидуальной минуты, результаты корректурной пробы (КП), цветового теста М.Люшера (ЦТЛ), теста Мюнстерберга (активное внимание), «Исключение понятий» (логическое мышление) и «Последовательность образов» (кратковременная зрительная память).

Случайное САД свыше 130 мм рт.ст. (A&D, Япония) наблюдалось у 31,1% девушек и 18,9% юношей, в том числе 140 мм рт.ст. и выше – у 17 девушек (18,9%) и 2 юношей (5,4%); ДАД свыше 80 мм рт.ст. – у 21,1% девушек и 13,5% юношей, в том числе 90 мм рт.ст. и выше – у 5 девушек (5,5%) и 1 юноши (2,7%).

Полученные «необычные» данные (АГ наблюдалась чаще у девушек, чем у юношей) могут быть связаны с тем, что средние длина и масса тела у обследованных девушек также были больше, чем у юношей, соответственно (M±m) 170,9±0,9 см и 62,9±1,5 кг и 167,5±1,4 см и 61,5±2,1 кг. Кроме того, избыточная масса тела наблюдалась у 14,4% девушек и 8,1% юношей, а недостаточная – соответственно у 7,8 и 16,2%.

Чем больше масса тела, тем выше (P<0,01) САД (r=0,53 у девушек и r=0,61 у юношей), а у девушек – и ДАД (r=0,25). Уровень САД у девушек положительно связан с ДАД, ЧСС, предпочтением крепких спиртных напитков, временем работы за компьютером и активными протестными реакциями (перемещение черного цвета к началу ряда). Кроме того, чем выше САД, тем короче время выполнения КП.

У юношей на уровень САД влияют следующие факторы: проживание в общежитии, объем курения, частота употребления алкоголя, уровень психоэмоционального напряжения (индекс ЦТЛ), неудовлетворенность отношениями с преподавателями и сексуальные проблемы. САД выше у лиц вечернего хронотипа.

Уровень ДАД обнаружил взаимосвязи только у девушек. Так, ДАД выше у курящих, пробовавших наркотики, жителей областного центра и имеющих проблемы со сном. Выявлена высокодостоверная взаимосвязь ДАД и ЧСС (r=0,52).

ЧСС выше у девушек со сниженной гибкостью, плохоспящих, однако с низким уровнем психоэмоционального напряжения и логического мышления, а также (P<0,01) – у относящихся себя к утреннему хронотипу.

ЧСС выше у юношей с положительной динамикой в уровне здоровья за последнее время. АД и ЧСС не были связаны с данными психофизических тестов.

Таким образом, для современных выпускников школ значимы как традиционно отрицательные факторы (избыточная масса тела, курение, алкоголь), так и новые (время работы за компьютером), что диктует направленность профилактики.

III-2 ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ СТРЕССОРНЫЕ ФАКТОРЫ В РЯДУ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Гарганеева Н.П., Розин А.И., Масунов В.Н.
СибГМУ Росздрава, ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН, ТвМедИ, Томск, Россия

В структуре существующей концепции факторов риска (ФР) психосоциальные стрессорные факторы и, связанные с ними тревожные и депрессивные расстройства невротического и аффективного уровня, пока занимают скромное место. Изучение психосоциального стресса расширяет представления о традиционных ФР.

Цель: оценить воздействие психосоциальных стрессорных факторов на развитие и течение кардиоваскулярных заболеваний с позиции интегративного подхода к многофакторной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Материал и методы: Обследовано 832 больных (361 мужчина и 471 женщина, средний возраст 49,5±6,4 года) с расстройствами невротического и аффективного уровня, госпитализированных в специализированный психиатрический стационар с верифицированными диагнозами ГБ (n=700) и ИБС (n=132). Методом системного анализа изучена взаимосвязь соматических и психосоциальных ФР, влияющих на развитие и прогнозирование ССЗ у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами с оценкой степени значимости стрессорных факторов.

Результаты: Психотравмирующие события (психосоциальный стресс) в соответствии со шкалой выраженности подразделялись на главные жизненные события, медицинские, производственные, негативные семейно-бытовые и межличностные. ФР производственного плана, переживания утраты близкого, медицинские проблемы были более значимые для мужчин, чем для женщин (50% против 37%; p=0,0001). Жизненные события, семейно-бытовые конфликты и негативные межличностные отношения актуальны для 61,8% женщин и 49,1% мужчин (p=0,0001). Многофакторным анализом установлено, что возраст начала ИБС – 50,1±7,0 года, тогда как возраст начала психического расстройства (ПР) – 47,3±8,4 года. Независимо от функционального класса стенокардии (ФК СН) и пола пациентов психотравмирующие события, и связанные с ним тревога, депрессия и другие

ПР, опережали клинические проявления ИБС ($p=0,0001$). Наиболее тесная связь между началом ПР и актуальным возрастом больного отмечена у мужчин с впервые диагностированной прогрессирующей стенокардией, у которых депрессивные или тревожные расстройства лишь на 4 месяца в среднем предшествовали диагностике ИБС. Это были случаи развития острого коронарного синдрома (нестабильная стенокардия, нефатальный инфаркт миокард) у больных с депрессией, перенесших массивные психотравмирующие события (психосоциальный стресс). Выявлена взаимосвязь между возрастом начала ПР, полом пациентов ($p=0,0007$), ФК СН ($p=0,0001$). Установлено, что ПР преимущественно невротического уровня, обусловленные психосоциальным стрессом, предшествовали развитию начальной стадии ГБ, тогда как при ГБ II-III стадии психострессоры, и связанные с ними аффективные и невротические расстройства, способствовали ее прогрессированию.

Выводы: Психосоциальные стрессорные факторы, обусловившие формирование невротических и аффективных расстройств, существенно влияют на развитие и прогноз ИБС и ГБ, способствуя прогрессированию ССЗ. Значимая роль принадлежит длительности воздействия стресса и давности депрессивного или тревожного расстройства. Это требует создания программ комплексной профилактики и психологической реабилитации больных с ССЗ при согласованном взаимодействии специалистов кардиологического и психиатрического профиля и единого психосоматического подхода к тактике их ведения.

ША-3 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Ильиных Е.И., Овечкин А.О., Кустов П.А., Пыстина С.В.*

ГОУ ВПО «Коми филиал Кировской государственной медицинской академии», Сыктывкар, Россия; * - Институт физиологии Коми НЦ УрО РАН, Сыктывкар, Россия

Цель исследования – оценить распространенность поведенческих факторов здорового образа жизни среди студентов-медиков и сравнить с аналогичными показателями для американской популяции 18-24 лет.

Методы. Опросник по поведенческим факторам образа жизни заполнили 394 студента (73%), обучающихся на лечебном факультете на I-IV курсах (74% женщин и 26% мужчин). Критериями здорового образа жизни были следующие: отсутствие курения в настоящее время, индекс массы тела $< 25 \text{ кг/м}^2$, потребление 5 и более порций фруктов и овощей в день и регулярные физические упражнения (не менее 30 минут не реже 5 раз в неделю).

Результаты. Некурящих студентов было 75% (с поправкой по полу) по сравнению с 70% для популяции США 18-24 лет ($p<0,05$); студентов, имеющих нормальный индекс массы тела, было 89% (в США – 57%, $p<0,05$). Достаточное потребление фруктов и овощей отметили только 2% студентов (в США – 22%, $p<0,05$) и регулярные физические упражнения 12% (США – 27%, $p<0,05$). Не было ни одного студента со всеми 4 факторами здорового образа жизни (в США – 3%). Не было найдено отличий по распространенности факторов здорового образа жизни среди студентов разных курсов.

Выводы. Среди студентов медицинского ВУЗа не было ни одного, соответствующего всем критериям здорового образа жизни по изучаемым параметрам. По сравнению с аналогичной возрастной популяцией США студенты-медики чаще были некурящими и имели нормальный индекс массы тела, но значительно реже потребляли достаточное количество фруктов и овощей и выполняли рекомендуемый уровень физических нагрузок. Студенты-медики с 3-го курса информированы о необходимости достижения всех параметров здорового образа жизни, но это не приводит к большей приверженности к здоровому образу жизни.

ША-4 СТРУКТУРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ I-II СТАДИИ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Кириченко М.В., Доброхотова Е.С., Романчук С.В.

Ивановская государственная медицинская академия, кафедра терапии и амбулаторной медицины ФДППО, ГУЗ «Кардиологический диспансер», Иваново, Россия

Основной целью профилактики и лечения гипертонической болезни (ГБ) является максимальное снижение риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО). В практике врача появились новые факторы риска ССО и маркеры поражения органов мишеней (ПОМ) у больных ГБ.

Цель исследования. Изучение структуры сердечно-сосудистого риска у больных ГБ I-II стадии трудоспособного возраста.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе отделения профилактики и реабилитации ГУЗ «Кардиологический диспансер» и включало определение в крови уровня общего холестерина (ОХС), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), С-реактивного белка (СРБ), фибриногена крови, измерения окружности талии (ОТ), учитывался семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Для определения ПОМ проводилось исследование микроальбуминурии (МАУ), креатинина крови, дуплексное сканирование сонных артерий, эхокардиография (Эхо-КГ), ЭКГ с определением индекса Соколова-Лайона и Корнельского произведения. Риск ССО стратифицировался в соответствии с рекомендациями ВНОК по диагностике, профилактике и лечению артериальной гипертензии от 2004г.

Результаты. Обследовано 52 пациента с ГБ I и II стадии (24 мужчины и 28 женщин) в возрасте от 22 до 60 лет (средний возраст – $43,1 \pm 7,2$). У 15 больных имелась АГ I степени, у 33 – 2 степени, и у 4 – 3 степени. Наиболее частым фактором риска оказался семейный анамнез ранних ССЗ – 60%, реже встречался уровень ОХС выше $6,5 \text{ ммоль/л}$ – 23% и абдоминальный тип ожирения (ОТ $\geq 102 \text{ см}$ для мужчин или 88 см для женщин) – 19,2%. Уровень СРБ выше 1 мг/дл встречался у 2% обследованных. Наиболее частым критерием ПОМ явилось увеличение толщины комплекса «интима-медиа» $\geq 0,9 \text{ мм}$ или наличие атеросклеротических бляшек при дуплексном УЗ-сканировании сонных артерий – у 71,8% пациентов, МАУ выявлена у 43,6% пациентов, Эхо-КГ-признаки ГЛЖ (увеличение ИММ $\geq 125 \text{ г/м}^2$ для мужчин и $\geq 110 \text{ г/м}^2$ для женщин) имели место у 28,2% обследованных, ЭКГ-признаки ГЛЖ (индекс Соколова-Лайона $\geq 38 \text{ мм}$, Корнельское произведение $\geq 2240 \text{ мм}^2$) встречались значительно реже – у 5,1% пациентов. Креатининемия выявлена у 2% обследованных. Сочетание различных признаков ПОМ встречалось у 69,2% обследованных. По данным обследования пациентов, имеющих низкий риск, ССО не выявлено, 13,5% обследованных имели средний риск ССО. Большую часть (79%) составили пациенты с высоким риском ССО, имеющие ПОМ, либо без них при наличии 3х и более факторов риска. У 7,7% обследованных выявлен очень высокий риск ССО.

Выводы. Большинство пациентов с ГБ I-II стадии трудоспособного возраста имеют высокий риск ССО, что необходимо учитывать при разработке лечебно-профилактических мероприятий у этой категории больных.

ША-5 ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ПРОГРАММ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ У БОЛЬНЫХ МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ

Колтунов И.Е., Погосова Г.В., Белова Ю.С.

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

Цель: изучить эффективность двух программ вторичной профилактики АГ – Школы здоровья и телефонной образовательной программы (ТОП) у больных мягкой и умеренной АГ.

Материалы и методы: В исследовании было рандомизировано 150 пациентов с мягкой и умеренной АГ, в возрасте от 40 до 65 лет, составивших три группы сравнения. Пациенты группы Школа – в ходе стационарного лечения прошли цикл занятий в Школе здоровья для больных мягкой и умеренной АГ (утверждена ор-

ганизационно–методическим письмом МЗ РФ), пациентам группы ТОП была проведена ТОП– переработанная и адаптированная Школа здоровья для больных АГ. Период наблюдения составил 12 месяцев для групп Школа, контроля и 15 месяцев для пациентов группы ТОП.

Результаты: В группе больных прошедших обучение, достоверно выше уровень знаний и практических навыков. Под влиянием обучения, у пациентов групп вмешательства повысилась медицинская информированность о заболевании, факторах риска, осложнениях и методах профилактики АГ ($p < 0,05$). После прохождения обучения возросла доля пациентов регулярно измеряющих АД ($p < 0,05$). Достоверно увеличилась приверженность больных к терапии с 31% до 69% и с 43% до 86% пациентов групп Школа и ТОП, соответственно ($p < 0,05$). В группе ТОП приверженность к немедикаментозным рекомендациям была достоверно выше в сравнении с группой Школа и контроля ($p < 0,001$). У пациентов групп обучения произошло достоверное снижение АД ($p < 0,001$) и как следствие, увеличение числа пациентов достигших целевой уровень АД ($p < 0,05$) группы Школа против ($p < 0,001$) группы ТОП. Без дополнительных медикаментозных вмешательств отмечено снижение массы тела ($p < 0,001$), нормализация общего холестерина и липидов плазмы ($p < 0,05$), отказ от курения ($p < 0,05$), повысился уровень физической активности ($p < 0,05$). В группе ТОП выявлено достоверное снижение уровня глюкозы крови ($p < 0,05$). Обученные пациенты достоверно улучшили показатели работоспособности по данным нагрузочной пробы (длительность и мощность ($p < 0,05$) против ($p < 0,001$) групп Школы и ТОП, соответственно). Пациенты, прошедшие обучение демонстрировали значительное снижение показателей депрессии ($p < 0,001$), стресса ($p < 0,001$). Уровень реактивной тревоги достоверно снизился в группах обучения ($p < 0,001$) и личностной тревоги в группе ТОП ($p < 0,01$). Под влиянием обучения выявлена достоверная динамика обобщенных показателей качества жизни: физического здоровья ($p < 0,05$) в группе Школа против ($p < 0,001$) группы ТОП), психического здоровья ($p < 0,001$) для обеих групп.

Выводы: Таким образом, исследование показало, что обучающие профилактические технологии достоверно эффективно повышают уровень информированности больных, что приводит к модификации факторов риска прогрессирования АГ и позволяет улучшить клинический статус и психологическое состояние обученных пациентов после обучения. В группе ТОП по многим показателям достоверность выше группы Школа.

ША-6 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕЛИЧИНЫ МАССЫ ТЕЛА

Кононова Е.С., Колбасников С.В.

ГОУ ВПО Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия

Цель. Изучить особенности суточного профиля артериального давления (АД) у больных артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от величины массы тела.

Методы исследования. Обследовано 126 больных АГ, средний возраст $55,2 \pm 0,9$ лет, среди которых АГ I стадии была у 12 (9,5%), II стадии у – 69 (54,8%), III стадии у – 45 (35,7%). В зависимости от величины индекса Кетле (ИК) пациенты были разделены на 3 группы. 1-ю составили 22 (17,4%) больных с нормальной массой тела (ИК – $23,9 \pm 1,2$ кг/м²), 2-ю – 52 (41,3%) с избыточной массой тела (ИК – $27,7 \pm 1,7$ кг/м²), 3-ю – 52 (41,3%) с ожирением (ИК – $34,9 \pm 0,6$ кг/м²). Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) осуществлялось в условиях свободного двигательного режима больных на фоне плановой гипотензивной терапии. Рассчитывались показатели: среднее систолическое и диастолическое АД (САД, ДАД) в дневное и ночное время, суточный индекс АД.

Полученные результаты. В 1-й группе больных регистрировалось оптимальное среднее АД в дневное ($116,0/73,9 \pm 3,1/1,5$ мм рт.ст.) и ночное ($107,4/63,5 \pm 4,5/1,9$ мм рт.ст.) время. В структуре суточного профиля АД у большинства (42,8%) больных был

нормальный профиль САД (дипперы) и недостаточное (42,8%) снижение САД (нон-дипперы), реже отмечалось превышение (14,4%) ночных цифр САД над дневными (найт-пикеры). По ДАД также преобладали дипперы (64,3%), реже овер-дипперы (21,4%), найт-пикеры (14,3%). Во 2-й группе среднее АД в дневное время было выше, чем в предыдущей группе соответственно, составив $125,8/76,8 \pm 2,1/1,3$ мм рт.ст., ночью – $115,0/66,4 \pm 2,5/1,3$ мм рт.ст., что свидетельствовало о нормальном АД днем и оптимальном ночью. В структуре суточного профиля САД преобладали нон-дипперы (44,8%), реже встречались дипперы (31,0%), затем овер-дипперы (13,8%) и найт-пикеры (10,3%). По ДАД преобладали дипперы (41,4%), реже нон-дипперы (27,8%), овер-дипперы (24,1%), найт-пикеры (7,0%). В 3-й группе по данным СМАД регистрировалось высокое нормальное среднее АД днем $132,5/82,0 \pm 3,0/1,8$ мм рт.ст. ($p < 0,02$ по ДАД) и нормальное ночью $124,8/73,0 \pm 3,8/2,6$ мм рт.ст. ($p < 0,05$ по САД). В структуре суточного профиля САД преобладали нон-дипперы (46,2%), реже дипперы (27,0%), найт-пикеры (23,0%) и овер-дипперы (3,81%). По ДАД чаще встречались дипперы (50%), реже нон-дипперы (23,0%), овер-дипперы (15,4%), найт-пикеры (11,5%).

Выводы. Преобладание недостаточного снижения систолического артериального давления ночью у больных АГ с большой массой тела обуславливает более высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений, что необходимо учитывать при планировании лечебно-профилактических мероприятий.

ША-7 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ, ПОРАЖЕНИЙ ОРГАНОВ–МИШЕНЕЙ И ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К РАЗВИТИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА В ГОРОДЕ ОМСКЕ

Кореннова О.Ю., Турушева Е.А., Турушев М.А., Петренко А.В., Петренко М.А.

МУЗ «Городская клиническая больница № 4», Омск, Россия

Целью работы было изучение распространенности факторов риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО), поражений органов-мишеней и анализ генетической предрасположенности к развитию артериальной гипертензии (АГ) у лиц призывного возраста в городе Омске. Обследовано 1167 лиц призывного возраста (медиана возраста ($V_{0,5}$) 19,0 лет ($V_{0,25}=18,0$; $V_{0,75}=21,7$) с эссенциальной АГ I-II степени.

Использовались клинические, лабораторно-инструментальные и молекулярно-генетические методы: общеклиническое обследование, анкетирование больных, клинико-лабораторное обследование, клинико-функциональное исследование сердечно-сосудистой системы и исследование полиморфизма генов к развитию АГ ($n=50$): рецептора I типа ангиотензина II, ангиотензин-конвертирующего фермента, альдостерон синтазы, синтазы оксида азота. Оценка результатов обследования пациентов производилась по критериям стратификации риска Всероссийского научного общества кардиологов.

Выявлена высокая распространенность факторов риска ССО: ожирение – 26,6%, курение – 33,8%, злоупотребление алкоголем – 14,1%, гиперлипидемия – 21,2%, стрессы – 17,1%, отягощенный по АГ семейный анамнез – 81,7%, нарушение углеводного обмена – 0,7%, гиподинамия – 4,1%. При исследовании уровня липидемии у 21,2% ($n=248$) был выявлен уровень общего холестерина выше 5,2 ммоль/л, у 12,9% ($n=151$) – выше 6,5 ммоль/л. При этом стрессы, курение, избыточное употребление алкоголя, гиподинамию большинство пациентов не оценивали как факторы риска развития сердечно-сосудистой патологии. Это свидетельствует о недостаточной осведомленности больных о профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

Особо следует отметить, что у 16,9% молодых пациентов имел место высокий риск ССО за счет наличия не диагностированных ранее гипертрофии миокарда левого желудочка (4%) и гиперхолестеринемии более 6,5 ммоль/л (12,9%). Структурное состояние генов рецептора I типа ангиотензина II, альдос-

терон синтазы, синтазы оксида азота не определяло развитие АГ. Нормальные аллели в значительной степени преобладали над полиморфными. У всех пациентов с гипертрофией миокарда левого желудочка ($n=4$) встречался генотип D/D ангиотензинконвертирующего фермента; у 2-х человек в сочетании с генотипом C/C рецептора I типа ангиотензина II и у 1 человека в сочетании с генотипом T/T альдостерон синтазы. Очевидно, генетическая предрасположенность к развитию АГ зависит от совокупности других генов, что создает условия для сложных ген-генных взаимодействий, а так же зависит от факторов окружающей среды. Таким образом, с учетом молодого возраста обследованных пациентов полученные данные свидетельствуют о позднем выявлении АГ и ее осложнений в городе Омске. Для эффективной профилактики АГ и ее осложнений у лиц молодого возраста необходимо на уровне первичного звена здравоохранения своевременно выявлять факторы риска ССО, давать рекомендации по их коррекции и систематически контролировать их выполнение.

ША-8 ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Милюкова А.А., Волкова Э.Г., Мовчан Л.Н.
ГОУ ДПО УГМАДО Росздрава, Челябинск, Россия

Цель: изучить особенности ремоделирования миокарда у курящих пациентов с артериальной гипертонией и у практически здоровых лиц контрольной группы.

Методы исследования: в когортном контролируемом исследовании обследовано 142 человека. В группе «артериальная гипертония» ($n=103$) курящих пациентов – 21 человек (20%), экспозиция курения – $22,4 \pm 2,3$ лет, интенсивность курения – $21 \pm 1,5$ штук; в контрольной группе ($n=39$) курящих лиц – 13 человек (33%), экспозиция курения – $26,1 \pm 1,9$ лет, интенсивность курения – $20,3 \pm 2,7$ штук. Различий по частоте, экспозиции и интенсивности курения в исследуемых группах не выявлено ($p>0,05$).

Эхокардиографическое исследование проводилось на ультразвуковом сканере АЛОКА 1400 (Япония) с расчетом основных показателей структурно-функционального состояния миокарда. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась методом вариационной статистики. Полученные данные представлены в виде $M \pm m$.

Результаты исследования: при сравнении структурных показателей у курящих и некурящих пациентов определено, что у курящих лиц достоверно больше конечный диастолический и конечный систолический размеры левого желудочка по сравнению с некурящими, как в основной группе ($5,17 \pm 0,1$ см и $3,56 \pm 0,11$ см против $4,92 \pm 0,05$ см и $3,27 \pm 0,04$ см; $p<0,05$), так и в контрольной группе ($5,1 \pm 0,11$ см и $3,42 \pm 0,12$ см против $4,81 \pm 0,07$ см и $3,11 \pm 0,07$ см, $p<0,05$). При оценке диастолической функции у курящих пациентов в основной группе выявлено, что у курящих лиц достоверно чаще встречается диастолическая дисфункция правого желудочка.

Выводы: курение сигарет сопровождается увеличением полости левого желудочка как у пациентов с артериальной гипертонией, так и у практически-здоровых лиц контрольной группы и способствует формированию бивентрикулярной диастолической дисфункции у пациентов с артериальной гипертонией, что указывает на необходимость отказа от курения, особенно лицам с повышенным артериальным давлением.

ША-9 ОСОБЕННОСТИ ЭКГ, ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ И АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ СЕРДЦА У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С ОТЯГОЩЕННОЙ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬЮ ПО ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

*Муромцева Г.А., Розанов В.Б., Трунов В.Г. **

ФГУ «ГНИЦ ПМ» Росмедтехнологии, Москва, Россия;

*Институт проблем передачи информации РАН, Москва, Россия

Для разработки подходов к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний среди молодых людей с отягощенной наследственностью по ишемической болезни сердца (ИБС) важно выявить у них ранние маркеры этого заболевания или особенности в строении и функционировании их миокарда. В этом и состояла цель проведенного исследования.

Методы: обследовано 59 лиц обоего пола 23-24 лет от родителей, перенесших коронарографически подтвержденный инфаркт миокарда до 45 лет (тест-группа, ТГ), и 70 молодых мужчин 21-22 лет, родители которых не имели ИБС (контрольная группа, КГ). Обследование включало анализ родословной, антропометрию, измерение артериального давления, ЭКГ 12 стандартных и 3-х отведений по Франку с построением дипольных электрокардиотопограмм, эхокардиографию, велоэргометрию, исследование липидного спектра крови и др.

Результаты и обсуждение: все пациенты ТГ и КГ имели нормальные величины артериального давления, отрицательную нагрузочную пробу с тенденцией к более короткому времени достижения максимальной ЧСС в ТГ ($p<0,1$), не имели ишемических изменений на ЭКГ, нарушений жирового обмена и жалоб на момент обследования. Группы не отличались по массе миокарда, толщине стенок сердца, диаметру аорты, размеру левого предсердия и величине внутримышечного напряжения. В ТГ отмечалась тенденция к уменьшению конечно-диастолического размера, ударного выброса ($p<0,1$) и времени изгнания ($p<0,05$), а уровни общего холестерина ($p<0,001$), холестерина липопротеидов высокой плотности ($p<0,01$), апопротеина В и триглицеридов были выше, чем в КГ. Все обследованные имели синусовый ритм сердца с преобладанием случаев нормосистолии (94,3 и 93,2% в КГ и ТГ, соответственно). На ЭКГ покоя в ТГ чаще встречались нарушения процессов реполяризации неишемического характера: снижение зубца Т, появление зубца U (25,4 против 5,9% в КГ, $p<0,003$); отмечена тенденция к более низким амплитудам QRS и Т: амплитудные критерии гипертрофии левого желудочка регистрировались в 15,3 против 27,9% ($p<0,07$), высокоамплитудные зубцы Т – в 10,2 против 20,6% ($p<0,08$). На дэкартограмме в ТГ в сравнении с КГ были ниже величины пространственного максимального модуля деполаризации желудочков (ММДЖ), желудочкового градиента, времени регистрации максимальной зоны деполаризации желудочков, а также ММДЖ в отведениях Х и Z, однако, были выше прирост площади зоны возбуждения на 20-й мс, амплитуда сигнала в Y на 30-й мс, площади зон возбуждения на 30-й и 50-й мс. Наибольший вклад в дискриминацию групп внесли уровень общего холестерина, среди ЭКГ-показателей: желудочковый градиент, ММДЖ в отведениях Х и Z, площадь прироста зоны возбуждения на 80-й мс.

Выводы: у лиц с отягощенной наследственностью по ИБС выявлены особенности липидного спектра крови и ЭКГ уже в возрасте 23-24 лет. Однако электрофизиологические дискриминаторы требуют дальнейшего изучения для определения их прогностической значимости в отношении этого заболевания.

ША-10 СТРАТИФИКАЦИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Никитина Н.М., Ребров А.П.

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, Саратов, Россия

Цель. Определение риска развития сердечно – сосудистых заболеваний (ССЗ) и их осложнений у больных ревматоидным артритом (РА) на основе изучения частоты встречаемости у них традиционных и новых факторов риска.

Материалы и методы. Проведена оценка частоты встречаемости традиционных факторов риска ССЗ у 312 пациентов с РА. Рассчитывались риск развития коронарной болезни сердца в ближайшие 10 лет (СКР) и десятилетний риск смерти от ССЗ (SCORE). У пациентов без ИБС определяли риск развития ИБС по Фрамингемской шкале. Из дополнительных факторов риска (ФР) исследовали выраженность системного воспаления, уровень некоторых показателей гемостаза и оценивали артериальную жесткость с использованием артериографа Tensioclinic (Tensiomed, Венгрия).

Результаты. Наиболее часто встречающимися традиционными ФР у больных РА являются АГ и гиперхолестеринемия. Артериальная гипертензия выявлена у 63,5%, а гиперхолестеринемия – у 57,7% пациентов с РА. Однако, в целом, липидный профиль остается относительно благоприятным у больных РА за счет довольно высокого уровня ХСЛПВП. Фрамингемский индекс у больных РА ниже, чем в популяции (7,7±5,4% и 9,4±9,3%), SCORE составил в среднем 2,16±2,9% (17,3% больных имели высокий уровень SCORE), высокий суммарный коронарный риск (СКР) выявлен у 25,7% обследованных больных. Наряду с этим, у 70,2 % больных имелся повышенный уровень СРБ, у 31,1 % количество тромбоцитов было более 320*103/л, гиперфибриногенемия выявлялась у 55,9% больных. При РА отмечается повышение активности фактора Виллебранда, снижение уровня АТ III, угнетение фибринолиза в плазме крови ($p < 0,05$), что отражает повышенный тромбогенный потенциал крови и может способствовать повышению риска развития тромбозов и связанных с ним осложнений ИБС. У большинства пациентов с РА отмечается повышение жесткости артерий. Согласно данным литературы, жесткость артерий является независимым фактором кардиоваскулярного риска. Более выраженные изменения жесткости артерий (повышение индекса аугментации и скорости распространения пульсовой волны) отмечены у женщин с РА.

Заключение. Разработанные индексы риска ССЗ, базирующиеся на традиционных ФР, не позволяют в полной мере оценить риск у больных РА. Особенно это касается женщин. Для стратификации кардиоваскулярного риска у больных РА необходим учет дополнительных факторов, в частности, выраженности воспаления и состояния системы гемостаза, показателей жесткости артерий, играющих важную роль в атерогенезе.

ША-11 ВЫРАЖЕННОСТЬ ЦИРКУЛЯТОРНЫХ РАССТРОЙСТВ В МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЯХ ГОЛОВЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА ПЛАЗМЫ КРОВИ

Нилова О.В., Колбасников С.В.

Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) остается одной из самых актуальных медицинских проблем, так как ускоряет развитие атеросклероза и является фактором риска развития инсульта, инфаркта миокарда, поражения периферических сосудов.

Цель: изучить особенности экстракраниальной гемодинамики у больных 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 были разделены на 3 группы: 1-я ($n=46$) – с желательным ($4,5 \pm 0,7$ ммоль/л); 2-я ($n=40$) – с пограничным ($5,9 \pm 1,2$ ммоль/л); 3-я ($n=44$) – с высоким ($7,2 \pm 0,8$ ммоль/л). Выполнялась ультразвуковая доплерография общих (ОСА) и внутренних (ВСА) сонных артерий (аппарат «Ангиодин») с оценкой пиковой систолической скорости (V_s , см/с), диастолической скорости (V_d , см/с), средней ($V_{ср.}$, см/сек) скорости кровотока, индекса сопротивления (RI), индекса подъема пульсовой волны (PWI), индекса спектрального расширения (SB, %). Учитывалась степень асимметрии линейной скорости кровотока. Для этого использовался коэффициент асимметрии (КА, %). Кровоток считался симметричным, если в ОСА и ВСА КА был до 20%. Умеренной асимметрии соответствовал КА от 20% до 30%, выраженной – выше 40%.

Полученные результаты: в 1-й группе кровоток в бассейне ОСА ($V_s = 78 \pm 3,5$; $V_d = 22,1 \pm 3,1$; $RI = 0,69 \pm 0,1$; $PWI = 0,09 \pm 0,01$; $SB = 30,6 \pm 7,6$; $KA = 6,8 \pm 1,6$) и ВСА ($V_s = 78,0 \pm 2,9$; $V_d = 29,8 \pm 2,7$; $RI = 0,67 \pm 0,9$; $PWI = 0,09 \pm 0,01$; $SB = 30,3 \pm 4,1$; $KA = 7,7 \pm 2,2$) существенно не изменялся. Во 2-й группе гемодинамика в бассейне ОСА характеризовалась достоверным ($p \leq 0,05$) снижением V_s ($68,7 \pm 4,1$) и увеличением PWI ($0,11 \pm 0,02$) и SB ($39,0 \pm 5,3$); во ВСА – достоверным ($p \leq 0,05$) снижением V_s ($72,9 \pm 2,3$) и $V_{ср}$ ($44,0 \pm 1,1$), RI ($0,56 \pm 0,8$) и увеличением PWI ($0,11 \pm 0,01$) и SB

($37,4 \pm 3,8$), что свидетельствовало об изменении упруго-эластических свойств сосудистой стенки и наличии турбулентного кровотока в месте локации. В бассейне ОСА у 12,5% больных выявлялась умеренная ($KA = 20,1 \pm 1,8$) асимметрия кровотока; во ВСА – у 6,3% ($KA = 22,3 \pm 1,1$). В 3-й группе в бассейне ОСА регистрировалось еще большее ($p \leq 0,05$) снижение V_s ($63,7 \pm 2,7$), $V_{ср}$ ($32,0 \pm 0,5$), RI ($0,55 \pm 0,1$), а также увеличение PWI ($0,70 \pm 0,10$) и SB ($47,6 \pm 2,2$); во ВСА – достоверное снижение V_s ($69,0 \pm 2,7$), $V_{ср}$ ($42,5 \pm 2,8$), RI ($0,50 \pm 0,1$) и увеличение PWI ($0,60 \pm 0,2$) и SB ($49,0 \pm 5,4$), что свидетельствовало о выраженном нарушении эласто-тонических свойств сосудистой стенки и наличии признаков стенозирования. В ОСА у 9,5% обследованных отмечалось увеличение умеренной ($KA = 27,6 \pm 2,1$; $p \leq 0,05$) асимметрии кровотока, во ВСА – у 19% больных ($KA = 26,1 \pm 1,9$; $p \leq 0,05$). Следует отметить, что у 14,2% больных во ВСА регистрировалась выраженная ($KA = 37,4 \pm 1,9$) асимметрия кровотока.

Выводы: у больных АГ с увеличением уровня ОХС плазмы крови от желательного к высокому, экстракраниальная гемодинамика характеризуется изменением эласто-тонических свойств сосудистой стенки, увеличением асимметрии кровотока и наличием признаков стенозирования, что необходимо учитывать при решении экспертных вопросов и проведении лечебно-профилактических мероприятий.

ША-12 ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС И РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЛИЦ ОПЕРАТОРСКИХ ПРОФЕССИЙ

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

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Целью исследования было оценить влияние профессионального психоэмоционального стресса на 10-летний риск развития фатального сердечно-сосудистого события (ССС) и проанализировать основные факторы, влияющие на прогноз развития СССР у лиц операторской профессии.

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 стресса на рабочем месте (работники локомотивных бригад), средний возраст составил $42,39 \pm 9,06$ года, 2-ую – 209 человек популяции, средний возраст составил $41,1 \pm 8,7$ года. Оценивались основные факторы риска СССР. Рассчитывали суммарный 10-летний риск СССР, используя шкалу SCORE, и абсолютный 10-летний риск развития инфаркта миокарда по модели PROCAM. Пациентам 1-ой группы дополнительно определяли холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицериды (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 гипертензии, 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 СССР 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 $6,7 \pm 0,9$ мг/л, а у пациентов с умеренным и низким коронарным риском был меньше ($p < 0,01$) и сос-

тавил $3,1 \pm 0,3$ мг/л. По результатам исследования лица с высоким суммарным риском имели ЧСС $84,0 \pm 4,1$ уд.мин, пациенты с умеренным и низким риском – $75,8 \pm 1,6$ уд.мин. Таким образом, у лиц стрессовой профессии и высокого риска была высокая ЧСС на 10,8% ($p=0,05$).

Выводы. Психоэмоциональный стресс на рабочем месте увеличивает суммарный риск ССС. У лиц стрессовой профессии имеется более высокая, по сравнению с популяцией распространенность гиперхолестеринемии, повышенный уровень СРБ и ЧСС.

ША-13 ВЛИЯНИЕ НИКОТИНА НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

Пелло Е.В., Малютина С.К., Никитин Ю.П.

ГУ НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель исследования: оценить ассоциативные связи составляющих вегетативного гомеостаза с интенсивностью курения в городской сибирской популяции.

Материал и методы: обследована рандомизированная выборка жителей г.Новосибирска. Использовали кратковременный метод спектрального анализа вариабельности сердечного ритма (ВСР). АД измеряли в горизонтальном и вертикальном положениях. Применяли стандартизованные опросники.

Результаты: в горизонтальном положении в процессе исследования выявлены отрицательные ассоциации продолжительности R-R интервала, TP и HFn с интенсивностью курения. Одним из неблагоприятных последствий увеличения количества выкуриваемых сигарет является повышение LFn, LFn/HFn, ЧСС, САД и ДАД. У женщин обнаружены прямая связь VLFn, отрицательные корреляции TP и HFn, у мужчин найдены обратная взаимосвязь продолжительности R-R интервала и положительная корреляция ЧСС с интенсивностью курения. В вертикальном положении прирост числа сигарет сопровождался снижением TP, повышением САД и ДАД. Не прослеживалось интеграций компонентов ВСР с потреблением табака у женщин. Только TP оказалась отрицательно ассоциирована с интенсивностью курения у мужчин. Значительное преобладание в ортостазе динамических колебаний продолжительности R-R интервала наблюдали при увеличении количества выкуриваемых сигарет. Очевидна выраженность градиента ортостатических изменений продолжительности R-R интервала и HFn, происходит снижение адаптивного ответа LFn, LFn/HFn, ЧСС и ДАД при прогрессировании интенсивности курения у женщин. Не зарегистрировано достоверных связей ортостатических реакций с получаемой дозой никотина у мужчин. В целом у курящих лиц установлена более высокая частота дыхания в горизонтальном положении, доминирующие значения LFn/HFn в вертикальном положении по сравнению с пациентами без негативной привычки, ортостатическая модификация САД была ниже у курящих обследованных, чем у некурящих. На современном этапе следует рассмотреть влияние факта курения непосредственно перед исследованием в группе курящих. У пациентов, куривших перед регистрацией ЭКГ, в горизонтальном положении отмечали уменьшение продолжительности R-R интервала, возрастание LFn и САД в отличие от лиц, не подвергавшихся интоксикации никотином. В вертикальном положении у куривших определяли более низкие показатели продолжительности R-R интервала, HFn и TP, превалирование LFn, ЧСС и LFn/HFn по отношению к не курившим предварительно перед исследованием. Достоверной разницы ортостатических колебаний спектральных характеристик ВСР в зависимости от воздействия никотина не зафиксировано.

Заключение. Полученные результаты подтверждают значимость эффекта интенсивности курения на сердечно-сосудистую систему, способствуя формированию вегетативной дисфункции, проявляющейся симпатикотонией, парасимпатической недостаточностью, повышением ЧСС, снижением ВСР, имеющих высокое прогностическое значение в плане сердечно-сосудистых событий. Все вышеизложенное сопоставимо с данными эпидемиологических исследований и свидетельствует о существенном

вкладе курения в иерархическую структуру многопрофильного спектра факторов риска.

ША-14 ОТДАЛЁННЫЙ ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА НЕСТАБИЛЬНУЮ СТЕНОКАРДИЮ

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 ($\chi^2=18,5$; $p<0,0001$). 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 ($\chi^2=3,33$, $p=0,049$). Летальность составила: 5 пациентов в группе с нестабильной стенокардией, не было умерших в течение 5 лет в группе с впервые возникшей стенокардией ($\chi^2=16,3$, $p=0,001$). Прогрессирование сердечной недостаточности из I в IIА и IIБ произошло у 24 из 65 пациентов в группе со стенокардией в анамнезе и ни у кого с впервые возникшим болевым синдромом в груди ($\chi^2=16,3$, $p=0,023$). 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 ($\chi^2=32,2$, $P=0,000$) 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, e – основание натурального логарифма, ЛПНП – уровень ЛПНП мг% в сыроворотке 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. Неблагоприятное течение заболевания в изучаемой группе пациентов зависит от уровня общего холестерина крови и липопротеидов низкой плотности. В группе с впервые возникшим болевым синдромом в груди, не сопровождавшихся ишемическими изменениями на электрокардиограмме, пятилетний прогноз благоприятен.

ША-15 ОЦЕНКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ АРТЕРИЙ У КУРЯЩИХ И НЕ КУРЯЩИХ МУЖЧИН

Петросян К. Р., Аетандилов А. Г., Котова Д. П.

ГОУ ДПО «РМАПО Росздрава», Москва, Россия

Цель: Оценить функцию и состояние сосудистой стенки артерий у курящих и не курящих мужчин в возрастном аспекте двумя независимыми взаимодополняющими методиками (ультразвуковой и осциллометрической).

Методы исследования: Обследовано 184 практически здоровых мужчин разного возраста (от 20 до 75 лет). 139 мужчин являлись курильщиками и 45 вошли в контрольную группу (не курили). Пациенты были разделены на возрастные группы по классификации ВОЗ: 1я группа 20-39 лет, 2я – 40-59 лет, 3я – 60-75 лет. Анамнез курения оценивался при помощи индекса курения (ИК). ИК = число сигарет в сутки \times стаж курения /20 (пачка/лет). Исследование общих сонных (ОСА) и плечевых артерий (ПА) производилось методом ультразвукового дуплексного сканирования на аппарате Vivid 3 Expert (General Electric, USA). Эндотелий-зависимую вазодилатацию (ЭЗВД) и эндотелий-независимую вазодилатацию (ЭНЗВД) плечевой артерии изучали по стандартной методике, предложенной Seligmajer D.S. (1992г.) Объемную компрессионную осциллометрию (ОКО) проводили при помощи аппарата АПКО-8-РИЦ (ЗАО «Медиком», Россия) в положении сидя с индивидуальным подбором манжеты.

Полученные результаты: Средняя величина толщины комплекса интима-медиа (ТКИМ) в группе курящих составила $0,85 \pm 0,23$ мм (от 0,41 до 1,26 мм), в группе контроля $0,73 \pm 0,18$ мм (от 0,44 до 1,24 мм). Выявлена тесная корреляционная связь ТКИМ с возрастом: $r=0,81$ в группе курящих, в группе контроля $r=0,76$ ($p<0,001$ для всех случаев). Анализ данных по возрастным группам показал, что у курящих увеличение ТКИМ с возрастом происходит быстрее, чем у не курящих. В 1й и 2й возрастных группах значения ТКИМ находились практически в пределах нормы, тенденция к увеличению отмечалась с 50 лет, а у курильщиков 3й группы показатели ТКИМ уже превышали нормальные (>1 мм). Скоростные показатели кровотока Vps, Ved и TAMX с возрастом имели тенденцию к снижению как в группе курящих, так и в группе контроля, а показатели периферического сопротивления (RI, PI) имели тенденцию к увеличению. ЭЗВД у курящих мужчин составила: 11,2% в 1й возрастной группе, 8,4% – во 2й, 4,6% – в 3й, в группе контроля: 12,1%; 9,3%; 5,3% соответственно. Отмечено уменьшение ЭНЗВД с возрастом у курильщиков. В группе контроля ЭНЗВД незначительно уменьшалась или оставалась в норме. Скорость пульсовой волны (СПВ) и податливость плечевой артерии оценивались при помощи ОКО. Было выявлено увеличение СПВ и снижение податливости в процессе старения. Также выявлена корреляционная взаимосвязь СПВ с возрастом ($r=0,62$, $p=0,001$), с ИММЛЖ ($r=0,54$, $p<0,001$) и ИК ($r=0,65$, $p<0,001$).

Выводы: У курящих мужчин структурно-функциональная перестройка артерий в процессе старения начинается раньше и прогрессирует быстрее, чем у их не курящих ровесников. ТКИМ ОСА у курильщиков тесно коррелирует с возрастом, ИК, ИММЛЖ, ЭЗВД и СПВ. Нарушение ЭЗВД и ЭНЗВД у курильщиков отмечается раньше (по сравнению с контролем) и прогрессивно ухудшается, что выражено в обратной тесной корреляционной связи с возрастом. Метод ОКО является наиболее простым и доступным в дополнение к ультразвуковой оценке ремоделирования сердечно-сосудистой системы.

ША-16 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

*Погосова Г.В., Калинина А.М., Спивак Е.Ю., Назаркина В.А.**
ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Росмедтехнологии, Москва, Россия; *Городская поликлиника №112 УЗ ЦАО г. Москвы, Москва, Россия

Цель: оценить эффективность внедрения новой профилактической технологии – Школа для больных ИБС, стабильной стенокардией, в условиях первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы: В исследовании рандомизировано 100 пациентов с ИБС, стабильной стенокардией, составивших ос-

новную и контрольную группу. Пациенты основной группы прошли цикл занятий в Школе здоровья ИБС, программа которой утверждена организационно-методическим письмом МЗ РФ. Период наблюдения составил 12 месяцев.

Результаты и заключение: в группе больных ИБС, прошедших обучение, достоверно выше уровень знаний и практических навыков ($p<0,05$). У пациентов основной группы произошло достоверное снижение АД ($p<0,001$), ЧСС ($p<0,01$), общего холестерина и липидов плазмы ($p<0,001$). Уменьшилась частота приступов стенокардии с $13,3 \pm 1,62$ эпизодов в неделю до $5,34 \pm 0,97$ 0,4 эпизодов в неделю ($p<0,05$). Частота использования нитроглицерина снизилась с $7,66 \pm 1,73$ доз НГ в неделю до $3,70 \pm 0,73$ ($p<0,05$) доз в неделю. Обученные пациенты демонстрировали значительное снижение показателей тревоги и депрессии ($p<0,05$).

Таким образом, исследование показало, что обучающая профилактическая технология – Школа для больных ИБС, стабильной стенокардией, достоверно эффективно повышает уровень информированности больных, что приводит к модификации факторов риска прогрессирования ИБС и позволяет улучшить клинический статус и психологическое состояние обученных пациентов после обучения.

ША-17 ПРОГРЕССИРОВАНИЕ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И НАРАСТАНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИБС: ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ

Репин А.Н., Телкова И.Л., Сергиенко Т.Н., Скоробогатько М.В., Перчаткин А.В., Цицуря Т.Н.

ГНИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования – оценить эмоциональное состояние больных ишемической болезнью сердца и его взаимосвязь с клинико-метаболическими показателями как возможными составляющими патофизиологических механизмов нарастания уровня тревожности при прогрессировании коронарной недостаточности.

Материалы и методы. Обследовано 44 мужчин в возрасте $54,8 \pm 8$, лет, страдающих ИБС. Из них 15 человек поступили в отделение с прогрессирующей стенокардией (ПС) и 29 чел – со стабильной стенокардией (СС). Наряду со стандартным клиническим обследованием проводилась коронароангиография, исследование углеводного (определение уровней глюкозы исходно и в тесте толерантности к глюкозе – ТТГ) и липидного обмена (липидный спектр), оценивалось психоэмоциональное состояние больных с использованием психологического теста СМОЛ. Группы были сопоставимы по частоте перенесенного инфаркта миокарда, сопутствующей артериальной гипертензии, нарушениям углеводного обмена.

Результаты. У 80% больных ИБС диагностируются тревожно-депрессивные расстройства с преобладанием депрессивного синдрома (52,3%). У больных с ПС уровень реактивной и личностной тревожности по данным теста СМОЛ (шк.2,7) достоверно выше ($p<0,05$). В подгруппе ПС установлено также увеличение уровня триглицеридов ($2,9 \pm 2,4$ vs $1,7 \pm 0,7$ мм\л, $p<0,05$), ЛПНП и индекса атерогенности ($p=0,03$). Умеренная гипергликемия натощак (без нарушений толерантности к глюкозе) выявлена у 40% обследованных с ПС против 34,5% при СС. По данным теста СМОЛ повышенные уровни шкал астенической триады (шк.1,2,3) и личностной тревожности (шк.7) имели тесную отрицательную взаимосвязь с содержанием глюкозы – $r=-0,51$; $r=-0,33$; $r=-0,37$; $r=-0,37$ ($p<0,05$) – и некоторыми фракциями липидов.

Заключение. При прогрессировании коронарной недостаточности наряду с ухудшением гемодинамических и метаболических показателей, на фоне стойких депрессивных расстройств нарастает уровень тревожности и астенических проявлений. Причем усугубление последних достоверно коррелирует с нарушениями показателей углеводного и липидного метаболизма. Этот факт требует дальнейшего изучения и, вероятно, следует учитывать при выборе терапевтической тактики. Диагностика и количественная оценка эмоционального состояния пациента может быть полномочным дополнительным критерием тяжести клинических проявлений дестабилизации ИБС.

ША-18 ЗНАЧЕНИЕ МИНИМАЛЬНОЙ ТИРЕОИДНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ДЛЯ СТРУКТУРЫ И ФУНКЦИИ СЕРДЦА

Сёмченкова М.Ю.¹, Козырев О.А.¹, Гурова Н.В.², Изотов А.М.³

¹ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия Росздрава», Смоленск, Россия; ²ГУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи», Смоленск, Россия; ³НУЗ «Отделенческая больница на ст. Смоленск ОАО «РЖД», Смоленск, Россия

Снижение функции щитовидной железы до уровня появления клинических признаков сопровождается значительными изменениями структуры тканей внутренних органов. Представляется необходимым определение уровня функции щитовидной железы, оптимальное для функции сердечно – сосудистой системы. По мнению ряда авторов (А. Iqbal, 2005, и А.Г. Dagne, 2007), таким критерием может быть уровень ТТГ до 2,1 мЕд/л.

Цель: провести сравнительный анализ структурно – функциональных показателей сердца у женщин репродуктивного возраста (18–45 лет) с содержанием ТТГ 0,5–2,0 мЕд/л и 2,1–4,2 мЕд/л.

Материалы и методы исследования: сформированы две группы женщин, сопоставимые по возрасту, весу, числу курящих: 1 группа из 78 женщин с уровнем ТТГ 0,5–2,0 мЕд/л, 2 группа из 22 женщин с уровнем ТТГ 2,1–4,2 мЕд/л. Проведено Эхо-КГ с измерением основных структурных и функциональных показателей. Полученные данные обработаны с помощью параметрических и непараметрических методов статистического анализа.

Результаты и их обсуждение: в группе женщин с уровнем ТТГ >2,0 мЕд/л по сравнению с женщинами с ТТГ 0,5–2,0 мЕд/л конечный диастолический размер на 10% выше ($p=0,003$), межжелудочковая перегородка на 10% толще ($p=0,004$), задняя стенка левого желудочка на 10% тоньше ($p=0,046$). При сравнении показателей трансмитрального потока у женщин с высоким нормальным уровнем ТТГ (2 группа) значения медианы скорости кровотока в период позднего диастолического наполнения (пик А) выше на 10% ($p=0,04$), времени замедления кровотока раннего диастолического наполнения ЛЖ (DTE, отражающей жесткость стенки ЛЖ) выше на 10% ($p=0,03$), и времени изоволюмического расслабления ЛЖ (IVRT, свидетельствующий об изменении процесса расслабления миокарда в стадию диастолы) выше на 10% ($p=0,02$) по сравнению с 1 группой женщин. Полученные изменения структурно-функциональных показателей сердца подобны таковым у лиц с субклиническим гипотиреозом по данным литературы (В. Biondi, 2004, F.Monzani, 2001). При проведении корреляционного анализа 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 ($r=0,20$, $p=0,0496$).

Выводы: структурные и гемодинамические изменения в сердце начинаются с уровня ТТГ >2,0 мЕд/л, что дает основание считать такой уровень ТТГ минимальной тиреоидной недостаточностью, требующей разработки мер для предотвращения раннего развития сердечной недостаточности у женщин.

ША-19 ЗНАЧИМОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ КУРЕНИЯ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ I СТЕПЕНИ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Хурс Е.М., Поддубная А.В., Зиновьева Ю.А., Смоленская О.Г.

Кафедра внутренних болезней №1 УрГМА, Екатеринбург, Россия

Цель. Оценить вклад курения у женщин с АГ I степени в структурно-функциональную перестройку сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы. Обследовано 85 женщин, разделенных на 3 группы: 1- здоровые лица (N= 30, ср. возраст 32,81±1,89), 2 – некурящие женщины с АГ I ст. (N = 25, ср.возраст 47,71±3,99), 3 – курящие женщины с АГ I ст. (N= 24, ср. возраст 47,69±4,37).

При Эхо-КГ рассчитаны: в систолу и диастолу индексы сферичности ЛЖ (ИСС и ИСд), индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ), индексы ремоделирования (ИСИР, ИДИР), миокардиальный стресс (МСс, МСд), конечно-диастолические давление (КДД) и напряжение стенки (КДНС), ФВ/МСс и ФВ/МСд для оценки адекватности выброса нагрузки; МСс/КСОИ и МСд/КДОИ для оценки участия дилатации ЛЖ в компенсации, диастолическая функция ЛЖ: (Е/А, ДеСТ, IVRT). Всем пациентам проводилось СМАД с расчетом параметров variability ритма сердца (ВРС).

Результаты. При сравнении с группой 1, в гр.2 и 3 было достоверно больше ИММЛЖ (83,21±4,82 в гр.1, 100,77±8,82 в гр.2 и 117,07±11,81 в гр.3, $p<0,01$), МСд (173,61±6,81 в гр.1, 186,42±8,54 в гр.2, 194,98±23,04 в гр.3, $p<0,01$), КДД (8,92±1,07 в гр.1, 11,67±1,67 в гр.2, 13,84±3,61 $p<0,01$), КДНС (793,65±101,25 в гр.1, 1285,23±230,88 в гр.2, 1554,24±379,46 в гр.3, $p<0,01$) и показатели ФВ/МСс (0,57±0,03 в гр.1, 0,45±0,04 в гр.2, 0,45±0,06 в гр.3, $p<0,05$) и ФВ/МСд (0,41±0,02 в гр.1, 0,35±0,02 в гр.2, 0,36±0,04 в гр.3, $p=0,05$). Однако, при сравнении параметров ремоделирования в группах 2 и 3, у курящих женщин с АГ (гр.3) достоверно был выше лишь ИММЛЖ. В группе 3 выявлялись более значимые нарушения циркадного ритма АД: был более выражен утренний прирост АД (в специальный период гипертонический индекс для АДс НIS (53,27±13,76 в гр.2 и 86,96±8,46 в гр.3, $p<0,0001$) и для АДд (в гр.2 48,78±13,13 и от 80,41±10,11 в гр.3, $p<0,0001$). Обнаружена негативная направленность изменений параметров ВРС: более низкие значения рNN50 (в гр.2 2909,29±1143,931, в гр.3 5224,3±1535,42, $p<0,04$), rMSSd (в гр.2 47,64±19,04, в гр.3 26,4±3,31, $p<0,04$), HF (в гр.2 100,6±32,4, в гр.3 179,14± 32,34, $p<0,03$) и TP (в гр. 2 3201,33±744,26, в гр.3 2067,6±261,59).

Выводы. Профилактика курения у женщин с АГ важно, т.к. данный фактор риска имеет прогностическое значение, оказывая выраженное влияние на характер течения гипертонии и ВРС.

ША-20 МАССА ТЕЛА И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМ РИСКОМ

Чернышева Е.В., Шутов А.М., Тармонова Л.Ю.

УГУ, УГКБСМП, Ульяновск, Россия

Вопрос о взаимоотношении функции почек и сердечно-сосудистой патологии в настоящее время является актуальным. Большинство из известных сердечно-сосудистых факторов риска одновременно являются и факторами риска возникновения хронической болезни почек. Тем не менее, недостаточно изучено влияние массы тела на функцию почек у больных с высоким кардиоваскулярным риском.

Цель исследования: изучение массы тела и функции почек у больных с высоким кардиоваскулярным риском.

Материал и методы исследования: обследован 191 больной (123 мужчин и 68 женщин, средний возраст 59±10 лет), перенесших острый коронарный синдром без регистрации на ЭКГ подъемов сегмента ST. Помимо проведения общеклинического обследования определяли рост, измеряли массу тела и окружность талии. Функциональную способность почек оценивали по скорости клубочковой фильтрации (СКФ), которую рассчитывали по формуле MDRD

Результаты: ИМТ составил у лиц обоего пола 27,7±5 кг/м². У 133 (69,6%) больных с высоким кардиоваскулярным риском обнаружен избыточный вес или ожирение. Окружность талии была выше рекомендованной величины у 96 (50,3%) больных, из них у 39 (31,7%) мужчин и у 57 (83,8%) женщин. У женщин абдоминальное ожирение (диагностированное по окружности талии) встречалось чаще, чем у мужчин ($\chi^2=14,7$; $p<0,001$).

Скорость клубочковой фильтрации составила 83,7±29,8 (минимальная 28,7, максимальная 176,7) мл/мин/ 1,73м². У мужчин СКФ была выше, чем у женщин и составила 85,5±30,2 и 80,5±28,8мл/ мин/ 1,73кг/м² соответственно ($p=0,3$). Больных со СКФ >60 – 147 (77%), со СКФ <60 – 44 (23%). Хроническая болезнь почек диагностирована одинаково часто как у мужчин так и у женщин- 27 мужчин (21,9%) и 17 (25%) женщин

($\chi^2=0,14$; $p=0,7$). Выявлена прямая зависимость между ИМТ и скоростью клубочковой фильтрации ($r=0,36$; $p<0,001$). СКФ обратно коррелировала с возрастом больных ($r=-0,67$; $p<0,001$). У больных с сохраненной функцией почек СКФ прямо коррелировала с ИМТ ($r=0,32$; $p<0,001$). Обнаружена прямая связь между окружностью талии и скоростью клубочковой фильтрации ($r=0,27$; $p<0,001$). При этом достоверной связи окружности талии с возрастом ($r=0,05$; $p=0,5$) и полом больных не выявлено ($r=0,09$; $p=0,2$). ИМТ у больных со СКФ <60 мл/мин/ $1,73$ кг/м² составил $24,7\pm 4,7$ против $28,6\pm 4,8$ мл/мин/ $1,73$ кг/м² ($p<0,001$) у больных со СКФ >60 мл/мин/ $1,73$ кг/м². Окружность талии также была ниже у больных со СКФ <60 мл/мин/ $1,73$ кг/м² ($91,7\pm 13,6$ см), чем у больных со СКФ >60 мл/мин/ $1,73$ кг/м² ($98,5\pm 12,3$ см, $p=0,02$).

Выводы: Более половины больных с высоким кардиоваскулярным риском имеют избыточный вес или ожирение. У 23% больных с высоким кардиоваскулярным риском обнаружена хроническая болезнь почек. Больные с ХБП имеют более низкую массу тела и меньший объем талии. Прогностическое значение этого факта нуждается в уточнении.

ША-21 ФАКТОРЫ РИСКА РАННЕГО РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Шилов Е.М., Козловская Н.Л., Серикова С.Ю.
ММА им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель исследования. Исследовать факторы риска раннего развития атеросклероза (АС) у больных системной красной волчанкой (СКВ) в зависимости от наличия волчаночного нефрита (ВН) и антифосфолипидных антител (АФЛ).

Материалы и методы. Изучены истории болезни и амбулаторные карты 137 больных СКВ, наблюдавшихся в клинике им. Е.М. Тареева с 1970г. по май 2006г. Для оценки проявлений АС использовали данные эхокардиографии, УЗИ периферических сосудов, рентгенологических методов. Ранним развитием АС считали его появление в возрасте до 55 лет. Из исследования исключались больные с хронической почечной недостаточностью.

Результаты. Развитие АС отмечено у 54 (45%) из всех пациентов, возраст появления признаков АС составлял от 25 до 68 лет (средний 54 ± 10). У 37 (31%) больных признаки АС выявлены в возрасте до 55 лет. Значимыми факторами риска развития раннего АС оказались возраст, гиперлипидемия, артериальная гипертензия, менопауза для женщин, циркуляция АФЛ, ХБП 4 стадии, повышение уровня мочевой кислоты, более высокий уровень креатинина крови в конце наблюдения, средняя суточная доза преднизолона не менее 15мг/сут. и частота повышения уровня СРБ. Прямой связи между ВН или НС и ранним АС не выявлено. Однако, при ВН чаще выявляли гиперлипидемию ($p=0,055$), в отсутствие связи между уровнем липидов и НС во время его ремиссии. У пациентов с ВН отмечалась большая частота артериальной гипертензии, более низкий уровень комплемента в конце наблюдения, проводилась более интенсивная терапия преднизолоном, чем у больных без поражения почек ($p<0,05$).

Заключение. Таким образом, ранний АС развивается более чем у трети больных СКВ. Основными факторами риска преждевременного АС, помимо традиционных, являются АФЛ, персистирование хронического воспаления, снижение СКФ, терапия преднизолоном. Влияние ВН на процесс атерогенеза при СКВ, по-видимому, является опосредованным и обусловлено высокой частотой других факторов риска.

ША-22 НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С НАЛИЧИЕМ ИБС

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: изучить особенности клинических проявлений и течение метаболического синдрома у женщин в зависимости от наличия ИБС.

Методы исследования: объектом исследования были 95 пациенток с метаболическим синдромом, диагноз которого устанавливался на основании критериев NCEP-АТР III (2001) и IDF (2005) (окружность талии более 88 см, триглицериды более 1,7 ммоль/л, холестерин ЛПВП менее 1,3 ммоль/л, АД более 130/85 мм.рт.ст, гликемия более 5,6 ммоль/л). Средний возраст обследованных пациенток составил $57,3\pm 9,4$ года.

В зависимости от наличия ИБС – стабильная стенокардия II-III ФК, диагноз которой устанавливался с использованием стандартных методик диагностики: анамнестических данных, опроса на боли в грудной клетке при напряжении (опросник Rose); данных инструментального обследования (ЭКГ) – все пациентки были разделены на 2 группы сопоставимые по возрасту: первая группа в количестве (n=53) с наличием ИБС, средний возраст $58,98\pm 7,75$ лет; вторая группа – пациентки с метаболическим синдромом без ИБС (n=42), средний возраст $54,62\pm 8,56$ лет. В комплексной оценке использовались опросник Rose, госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, опросник для оценки качества жизни MOS-ST-36, опросник SF-36 (автор J.E. Ware, 1992).

Статистическая обработка проводилась при помощи набора статистических программ «STATISTICA».

Результаты: при анализе результатов исследования по Rose: одышка была достоверно более выражена в группе с ИБС (при оценке в баллах $1,47\pm 0,54$ с ИБС; во второй группе без ИБС $0,98\pm 0,07$; $p=0,0002$).

В группе пациенток с метаболическим синдромом и ИБС была большая распространенность перемежающейся хромоты (при оценке в баллах в группе с ИБС $0,6\pm 0,04$; без ИБС $0,3\pm 0,04$; $p=0,004$).

Холестерин крови так же был больше в группе с ИБС (1 группа $5,62$ ммоль/л $\pm 1,02$; 2 группа $5,11\pm 0,9$ ммоль/л; $p=0,01$). Выраженность депрессии (по госпитальной шкале тревоги и депрессии) была максимальна в группе с ИБС (при оценке в баллах $7,85\pm 3,69$ в 1 группе с ИБС; 2 группа $6,16\pm 3,72$; $p=0,03$). При оценке качества жизни физический компонент был минимален в группе с ИБС (1 группа – $42,36\pm 8,76$; 2 группа – $52,86\pm 13,59$; $p=0,00002$). Психический компонент качества жизни также был значительно ниже в группе пациенток с ИБС (1 группа $49,17\pm 12,79$; 2 группа $58,02\pm 14,07$; $p=0,002$).

Выводы: таким образом, у пациенток с метаболическим синдромом с наличием ИБС наблюдался более высокий уровень холестерина, более выраженная одышка, и чаще наблюдались явления перемежающейся хромоты. В этой группе пациенток отмечалось большая выраженность депрессии и тревоги, как по психическому, так и по физическому компоненту, что необходимо учитывать при проведении вторичной профилактики у пациенток с метаболическим синдромом.

ШБ. Профилактика. Немедикаментозные и медикаментозные методы

ШБ-1 ВОЗДЕЙСТВИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ЭФФЕКТ БЕЛОГО ХАЛАТА У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

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

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

Цель исследования: определить воздействие длительной антигипертензивной терапии на эффект белого халата у пациентов со стабильной мягкой и умеренной артериальной гипертензией.

Материалы и методы: Была проанализирована база данных 5 исследований, проведенных в нашем центре за последние 10 лет, включающая результаты 506 суточных мониторингов артериального давления (СМАД). Критериями включения в исследование было: 1) наличие у больных стабильной артериальной гипертензии (АГ), подтвержденной СМАД; 2) отсутствие серьезных заболеваний и сопутствующей терапии на момент проведения исследования; 3) проведение СМАД при помощи прибора Sraselabs 90207; 4) начало проведения СМАД в 10.00-10.30, окончание проведения СМАД приблизительно в это же время, через сутки; 5) период отмены антигипертензивной терапии перед включением в исследование одна - две недели; 6) монотерапия антигипертензивными препаратами в среднетерапевтических дозировках в течение 1-3 месяцев. Больные получали дилтиазем (25 человек), амлодипин (44), бисопролол (15), моксонидин (17), эналаприл (38), лизиноприл (57), лозартан (20), метопролол (19), телмисартан (18). Выраженность эффекта белого халата оценивалась модифицированным методом P. Owens и соавт: разность между клиническим измерением АД на визите у врача и средним дневным АД по результатам, полученным при помощи СМАД. Положительные значения этого показателя характеризуют степень выраженности эффекта белого, отрицательные — «склонность» больных к скрытой АГ.

Результаты: Среднее ($M \pm SD$) систолическое АД за дневной период составило $142,1 \pm 14,5$ мм рт.ст., среднее диастолическое АД за дневной период — $89,1 \pm 9,9$ (мм рт.ст.). Было выявлено, что только длительный прием метопролола достоверно уменьшал выраженность эффекта белого халата, который для систолического АД снизился с $12,6 \pm 2,8$ мм рт.ст. до $0,8 \pm 2,8$ мм рт.ст. ($p < 0,005$) а для диастолического АД — с $10,4 \pm 1,8$ мм рт.ст. до $3,0 \pm 1,8$ мм рт.ст. ($p < 0,005$). Отмечалась также тенденция к уменьшению эффекта белого халата на фоне приема бисопролола. Терапия другими антигипертензивными препаратами не приводила к достоверным изменениям эффекта белого халата у больных с АГ.

Выводы: Только длительный прием метопролола приводил к достоверному уменьшению выраженности эффекта белого халата. Возможно, это связано со снижением активации симпатoadrenalовой системы и как следствие меньшей выраженности тревожной реакции на измерение АД на визите у врача. Кроме того, длительный прием бета-адреноблокаторов может способствовать появлению у больных скрытой АГ.

ШБ-2 КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВЫХ ТЕРАПЕВТОВ

Ахмеджанов Н.М., Соколова О.Ю.

ФГУ «ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий», Москва, Россия

Цель: Изучение теоретических воззрений и практики назначения гиполипидемических препаратов больным стабильной стенокардией участковыми терапевтами.

Методы: Было проведено добровольное анонимное анкетирование 100 участковых терапевтов из 32 муниципальных поликли-

ник одного из крупных городов России. Анкетным методом изучали теоретические представления и практические предпочтения участковых врачей ведении больных стабильной КБС. Применявшийся опросник состоял из 68 вопросов, касающихся демографических, образовательных и профессиональных данных врача-участника, его теоретических представлений и обычной тактики применительно к медикаментозному и немедикаментозному лечению КБС, а также психологических аспектов взаимоотношений «врач-больной».

Результаты: Опрошенный контингент врачей в недостаточной мере осознавал важность коррекции гиперлипидемии при КБС в теории и в недостаточной мере назначал гиполипидемические средства на практике. Так, в число трех важнейших назначений при КБС гиполипидемические препараты включали только 13,7% респондентов. На практике (68%) врачей сообщили об использовании каких-либо гиполипидемических средств. При этом 50% предпочитали оригинальный симвастатин, 13,5% — генерический симвастатин, 7,4% — оригинальный ловастатин, 55,9% — генерический ловастатин. Об использовании других статинов сообщили в 1,1-4,4% случаев. Средние максимальные дозировки применявшихся статинов были низки и колебались от 13% до 25% от максимально рекомендованных. Кроме того, 10,3% участников использовали с целью нормализации уровня липидов кристаллическую никотиновую кислоту в неизвестных дозировках. Учитывая стоимость оригинальных статинов, использование низких дозировок можно было бы объяснить экономическим фактором, однако использование генериков не приводило к увеличению дозы (например, для Вазилипа и Зокора® максимальные дозы составляли 21% и 19,6% от рекомендованного максимума соответственно). При анализе подгрупп респондентов было выявлено, что практика назначения гиполипидемических средств ими практически не отличалась за двумя исключениями: возраст врачей старше 50 лет ассоциировался с более частым использованием никотиновой кислоты (в 5,4 раза, $p < 0,05$), а окончившие медицинский ВУЗ в Москве назначали на 40,3% более высокие максимальные дозы статинов ($p < 0,05$), чем получившие диплом в других городах. Занятия врачей самообразованием (самостоятельное чтение медицинской литературы, посещение научных мероприятий и т.д.) ассоциировались с в 4,7 раз более частым ($p < 0,05$) теоретическим осознанием важности гиполипидемической терапии, однако не влияли на их заявленную практику.

Выводы: При ведении больных стабильной КБС в амбулаторных условиях врачи-терапевты в недостаточной степени осознают важность нормализации уровня липидов и недостаточно используют возможности современных липидснижающих препаратов.

ШБ-3 ПРИМЕНЕНИЕ АНТИАНГИНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВЫХ ТЕРАПЕВТОВ

Ахмеджанов Н.М., Соколова О.Ю.

ФГУ «ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий», Москва, Россия

Цель: Изучение теоретических предпочтений и практики назначения антиангинальных препаратов участковыми терапевтами при стабильной стенокардии.

Методы: Было проведено добровольное анонимное анкетирование 100 участковых терапевтов из 32 муниципальных поликлиник одного из крупных городов России. Анкетным методом изучали теоретические представления и практические предпочтения участковых врачей при подборе терапии больным стабильной КБС. Применявшийся опросник состоял из 68 вопросов, касающихся демографических, образовательных и профессиональных данных врача-участника, его теоретических представлений и обычной тактики применительно к медикаментозному и неме-

дикаментозному лечению КБС, а также психологических аспектов взаимоотношений «врач-больной».

Результаты: У опрошенного контингента врачей выявлено несоответствие между теоретическими представлениями и заявленной практикой назначения большим антиангинальных препаратов, а также не вполне рациональная тактика подбора антиангинальной терапии. Так, в число трех важнейших назначений при КБС 79,5% респондентов включили бета-блокаторы, 63% - нитраты, 31,5% - антагонисты кальция, 5,5% - метаболические препараты. На практике бета-блокаторы назначались 100% опрошенных, нитраты - 96%, антагонисты кальция - 87%. 62% респондентов заявили, что рутинно назначают при стабильной КБС метаболические препараты. Наиболее часто назначаемыми бета-блокаторами были анаприлин (21%), атенолол (78%), и метопролол (54%). Среди нитратов наиболее популярными были нитросорбид (49%) и пролонгированный изосорбида динитрат (86,5%), моонитраты применяли 16,7%. Среди применявших антагонисты кальция 25,3% назначали короткодействующий нифедипин, 36% - пролонгированный нифедипин, 50,6% - амлодипин. Урежающие ритм антагонисты кальция использовали реже: верапамил - 34,5%, дилтиазем - 1,1%. Среди метаболических агентов 80,6% назвали триметазидин, еще 12,9% назначали АТФ, 35,5% - рибоксин, 1,6% - милдронат, 1,6% - аспаркам, 7,9% - кокарбокислазу. Средние дозировки бета-блокаторов (35,5% от возможной максимальной дозы) были ниже, чем антиангинальных препаратов без доказанного влияния на прогноз - нитратов (57,3%) и антагонистов кальция (52,9%). Целевого уровня ЧСС на фоне бета-блокаторов добивались лишь 64% опрошенных. Следует отметить, что во всех классах антиангинальных препаратов более новые агенты назначались в существенно больших дозах, чем более старые. Так, средняя максимальная доза бисопролола составляла 70,8% от рекомендованной, а метопролола - 20,4%. Максимальная доза урежающих ритм антагонистов кальция (38,1%) также была ниже, чем у дигидропиридинов (57%).

Выводы: При подборе больным стабильной КБС антиангинальной терапии в амбулаторных условиях врачи-терапевты недостаточно используют возможности бета-блокаторов и урежающих ритм антагонистов кальция, смещая акценты в пользу препаратов с недоказанным влиянием на прогноз.

ИПБ-4 КОРРЕКЦИЯ НЕКОТОРЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Васильев А.П., Стрельцова Н.Н., Дубова Т.В., Секисова М.А., Мощенко С.А.

Тюменский кардиологический центр - филиал ГУ НИИ кардиологии Томского НЦ СО РАМН, Тюмень, Россия

Доказано, что компоненты метаболического синдрома (МС) являются важнейшими факторами атерогенеза. Большая распространенность и плохой прогноз метаболических нарушений предполагает дальнейшее совершенствование методов их лечения. В этой связи весьма актуально рассмотреть возможность применения при МС полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) семейства Омега-3, обладающих широким спектром биологического действия: антитромбогенным, дезагрегационным, противовоспалительным, вазолитическим, гиполипидемическим.

Цель: оценить влияние омега-3 ПНЖК на проявления МС и микроциркуляцию у больных АГ.

Материал и методы. Исследовано 32 больных АГ I-II степени с признаками МС по критериям АТР III, из которых 22 пациента в течение 1 месяца получали 1,5 г омега-3 ПНЖК (препарат эйкозавитол, производство Тюменского хим-фарм завода), а 10 пациентов составили контрольную группу. Группы были идентичны по возрастному-половому составу, степени АГ, базовой антигипертензивной терапии. Всем больным на исходном этапе и через 1 месяц наблюдения исследовали липидный спектр крови с определением уровня холестерина (ХС), холестерина липопротеидов высокой (ХСЛПВП), низкой (ХСЛПНП)

плотности, триглицеридов (ТГ). Микроциркуляцию кожи предплечья исследовали методом лазерной доплеровской флоуметрии.

Полученные результаты. Месячный курс приема омега-3 ПНЖК сопровождался достоверным снижением уровня ТГ с $3,04 \pm 0,39$ ммоль/л до $1,91 \pm 0,15$ (-37,2%). Значительных изменений содержания в крови общего ХС, ХСЛПВП и ХСЛПНП не произошло. За время наблюдения отмечено снижение на фоне постоянной гипотензивной терапии среднего АД со $109,5 \pm 2,4$ мм рт.ст до $101,3 \pm 1,8$ мм рт.ст ($p < 0,01$). Прием омега-3 ПНЖК приводил к достоверному увеличению амплитудных колебаний в эндотелиальном и нейрогенном диапазонах на 33,3% и 30,8% соответственно. Оптимизация активных механизмов регуляции микрососудистого тонуса сопровождалась ростом тканевой гемоперфузии с $4,9 \pm 0,13$ ед до $5,3 \pm 0,15$ ед ($p < 0,05$), увеличением резерва капиллярного кровотока на 13,7 ($p < 0,05$) и увеличением максимальной тканевой перфузии на 18,8% ($p < 0,01$). Об интенсификации механизмов активного контроля микроциркуляции свидетельствует достоверное повышение показателя среднеквадратичного отклонения колебаний перфузии на 26,9%. Улучшение микроциркуляции сопровождалось снижением уровня С-реактивного белка в крови на 40,7% ($p < 0,05$). В контрольной группе исследуемые показатели не претерпели достоверных сдвигов.

Заключение. Восполнение дефицита омега-3 ПНЖК у больных АГ с МС сопровождается выраженным снижением уровня ТГ в крови, оказывает противовоспалительное и умеренное антигипертензивное действие, улучшает функцию эндотелия и микрогемодициркуляцию. Многофакторное воздействие на организм омега-3 ПНЖК обосновывает широкое их применение при МС.

ИПБ-5 ВЕРТЕБРОГЕННАЯ КАРДИАЛГИЯ: РАЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА

Гапонова Н.И., Абдрахманов В.Р., Абдрахманов Ш.В.

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия; ФГУ УНЦ МЦ УД Президента РФ, Москва, Россия

Цель: изучение возможности оптимизации лечения больных с вертеброгенной кардиалгией комбинацией анальгетика лорноксикама (ксефокама) и вазоактивного препарата актовегина фирмы «Никомед».

Методы исследования. В исследование было включено 17 женщин и 23 мужчины с синдромом вертеброгенной кардиалгии, обусловленной остеохондрозом грудного отдела позвоночника. Возраст больных составил от 21 до 65 лет, в среднем $44,3 \pm 1,2$ лет.

Больные были рандомизированы методом случайного выбора на 2 группы по 20 человек в зависимости от назначения актовегина. Первой группе пациентов ($n=20$) проводилось курсовое лечение лорноксикамом в средней суточной дозе 16 мг в сутки внутримышечно в течение 10 дней. Вторая группа больных ($n=20$) получала комбинированное лечение лорноксикамом (16 мг/сут.) и актовегином в дозе 200 мг/сут. внутримышечно.

Для оценки эффективности проводимой терапии изучали выраженность болевого синдрома по 5-балльной визуально-аналоговой шкале (ВАШ), показатели артериального давления, частоты сердечных сокращений, крови (фибриноген, креатинин, трансаминазы, глюкоза, тромбоциты, СОЭ), мочи. Для исключения ишемической болезни сердца проводилась запись электрокардиограммы в 12 стандартных отведениях и суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, велоэргометрия.

Полученные результаты. На фоне лечения лорноксикамом значительное улучшение с восстановлением трудоспособности достигалось в среднем на 10-й день лечения, в то время как комбинированное лечение лорноксикамом (ксефокамом) в сочетании с актовегином позволило добиться таких же результатов к 6-му дню лечения. Положительный клинический результат сочетался с улучшением гемодинамики, электрокардиографии, лабораторных данных. Добавление к лечению актовегина способствовало ускоренной нормализации показателей систолического артериального давления, частоты сердечных сокра-

шений, устранению нарушений ритма и проводимости сердца, нормализации лабораторных показателей крови, в частности содержания фибриногена и СОЭ. При сравнительном анализе результатов велоэргометрии, к концу лечения в 1-ой группе число пациентов с высокой толерантностью к физической нагрузке составило 70%, а в 2-ой группе – 95%.

Выводы: Комбинированная терапия лорноксикамом и актовегином открывает новые возможности в лечении вертеброгенной кардиалгии, обусловленной остеохондрозом грудного отдела позвоночника. Такое лечение не только устраняет болевой синдром в более короткие сроки, но и качественно улучшает системное и регионарное кровообращение, способствует в конечном итоге более полноценному восстановлению трудоспособности пациентов.

ШБ-6 ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОПРОЛОЛА В КОРРЕКЦИИ НЕКОТОРЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ И ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ АЛКОГОЛЬНОМ ПОРАЖЕНИИ СЕРДЦА

Говорин А.В., Горбунов В.В.

Читинская Государственная Медицинская Академия, Чита, Россия

Цель исследования изучить вариабельность ритма сердца (ВРС), поздние потенциалы желудочков, а также уровень и состав неэстерифицированных жирных кислот (НЭЖК), и глицерола сыворотки крови больных с острым алкогольным поражением сердца и их динамику на фоне стандартного (дезинтоксикация) лечения и при применении β-адреноблокатора корвитола.

Материалы и методы. Обследовано 126 мужчин, из них 106 – с тяжелым отравлением алкоголем (пациенты с клинической картиной алкогольной комы и уровнем алкоголя в крови 3-5‰, в моче 3,5-6‰), 20 здоровых лиц составили контрольную группу. Возраст больных колебался от 20 до 35 лет и в среднем составил 26±5,4 лет. Всем больным кроме общеклинического исследования проводилось суточное холтеровское мониторирование ЭКГ при помощи мониторингового комплекса „Astrocard” (Москва) с одноименным программным обеспечением, включающим анализ вариабельности ритма сердца, ЭКГ-высокого разрешения. Для количественного и качественного состава НЭЖК использовали колориметрический метод и газовой хроматографии.

Результаты. Установлено, что у больных с тяжелым отравлением алкоголем довольно часто (в 30% случаев) диагностируется острое алкогольное поражение сердца (ОАПС), проявляющееся транзиторными жизнеопасными нарушениями ритма высоких градаций по Lowp. Наиболее низкие показатели ВРС, высокая частота регистрации поздних потенциалов желудочков (ППЖ) зарегистрированы при ОАПС. У больных имеющих жизнеугрожающие аритмии выявлено выраженное увеличение НЭЖК (преимущественно за счёт увеличение содержания насыщенных жирных кислот миристиновой и пальмитиновой) и снижение темпов утилизации жирных кислот миокардом (увеличение коэффициента НЭЖК/глицерол). Больные, которые подверглись динамическому наблюдению, были разделены на 2 группы. Первая группа больных ОАПС (n=15) получила стандартную дезинтоксикационную терапию. Пациентам второй группы (n=17) дополнительно назначались β-адреноблокаторы (дезинтоксикация + корвитол). Во второй группе больных ОАПС была зарегистрирована наибольшая клиническая эффективность (купирование жизнеопасных аритмий в 100% случаев к 8-10 дню терапии), кроме того, в этой группе отмечалась более выраженная положительная динамика со стороны ВРС и параметров ЭКГ-высокого разрешения. Установлено, что общее содержание НЭЖК, глицерола и соотношение НЭЖК к глицеролу достоверно изменяются в обеих группах, тем не менее, при комплексном лечении (вторая группа) зарегистрирована наибольшая положительная динамика. Снижение общего содержания НЭЖК не зависело от различных вариантов лечения, однако фракционный состав НЭЖК благоприятно изменялся лишь в группе пациентов с ОАПС, принимавших β-адреноблокаторы.

Вывод. Использование в лечении ОАПС β-адреноблокаторов (метопролола), наряду с быстрым купированием аритмий, приводит к благоприятным электрофизиологическим и метаболическим изменениям: снижению уровня симпатических модуляций, повышению вариабельности ритма, исчезновению ППЖ, снижению уровня НЭЖК и благоприятным изменениям их фракционного состава.

ШБ-7 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АЛЛАПИНИНА У ПАЦИЕНТОВ С АРИТМИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Дмитриева О.А., Котляров А.А., Карякина Т.Н., Абросимова А.А.

ГОУВПО «МГУ им. Н.П. Огарева», Саранск, Россия

Цель работы: изучить эффективность применения аллапинина при лечении нарушений ритма сердца у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Методы исследования: проведено клиническое обследование 30 пациентов (10 мужчин и 20 женщин) в возрасте от 16 до 73 лет (средний возраст – 51±3 года), находившихся на стационарном лечении в отделении нарушений ритма и проводимости сердца. Все больные получали аллапинин в среднем в течение 9 дней: 18 (60%) больных в дозе 37,5 мг/сут. (1 группа), 12 (40%) – 75 мг/сут. (2 группа). Эффективность антиаритмической терапии оценивали по динамике жалоб, результатов ЭКГ, ХМ ЭКГ. Жалобы больных оценивали по разработанным нами критериям: наличие до лечения каждой из жалоб на сердцебиение, перебои, замирание в работе сердца, головокружение приравнивали к 2 баллам, после лечения уменьшение выраженности жалобы принимали за 1 балл, отсутствие – за 0, вычисляли сумму баллов для каждого пациента. На ЭКГ учитывали: частоту сердечных сокращений (ЧСС), интервалы PQ, QRS, QTmin, QTmax. При анализе ХМ ЭКГ оценивали ЧССmin, ЧССmax, наличие и количество наджелудочковых экстрасистол (НЖЭ), желудочковых экстрасистол (ЖЭ), пароксизмов наджелудочковых тахикардий (НЖТ), пароксизмов желудочковых тахикардий (ЖТ), пароксизмов фибрилляции предсердий (ФП).

Полученные результаты. В анализируемой группе основной причиной госпитализации пациентов явилось развитие или ухудшение течения аритмического варианта ИБС. Выявлены нарушения ритма сердца: у 26 (87%) больных – НЖЭ, у 18 (60%) – ЖЭ, у 15 (50%) – пароксизмы НЖТ, у 8 (27%) – пароксизмы ФП, у 5 (17%) – пароксизмы ЖТ. До лечения средняя выраженность жалоб у пациентов 1 группы составила 3,66±0,03 балла, 2 группы – 4,33±0,02. После лечения этот показатель в обеих группах снизился до 0,33±0,02 балла (p<0,05). По результатам ЭКГ: ЧСС увеличилась у пациентов 1 группы на 6% и уменьшилась на 5% у больных 2 группы. Продолжительность интервала PQ увеличилась на 5% в 1 группе и на 3% во второй группе. Ширина комплекса QRS уменьшилась в среднем на 5% и увеличилась 4% в 1 и 2 группах соответственно. Продолжительность интервала QTmin увеличилась на 3% и на 2%. Показатели ХМ ЭКГ в 1 группе до лечения составили: ЧССmin 47±3 в 1 мин, ЧССmax – 133±10 в 1 мин, НЖЭ – 2220±710, ЖЭ – 1120±69, пароксизмы НЖТ – 5±4, пароксизмы ЖТ – 2±1. После лечения: ЧССmin – 46±2 в 1 мин, ЧССmax – 127±8 в 1 мин, НЖЭ – 704±32, ЖЭ – 643±65, пароксизмы НЖТ – 0,5±0,3; пароксизмы ЖТ – 0. У пациентов 2 группы до лечения ЧССmin 50±2 в 1 мин, ЧССmax – 110±8 в 1 мин, НЖЭ – 88±13, ЖЭ – 52±16, пароксизмы НЖТ – 2±0,5, пароксизмы ЖТ – 2±0,3. После лечения: ЧССmin – 50±3 в 1 мин, ЧССmax – 120±11 в 1 мин, НЖЭ – 60±13, ЖЭ – 50±15, пароксизмы НЖТ – 0, пароксизмы ЖТ – 0.

Выводы:

1. На фоне терапии аллапинином у больных достоверно уменьшаются субъективные проявления аритмического варианта ИБС.

2. Лечение аллапинином в дозах 37,5 и 75 мг/сут. снижает вероятность возникновения пароксизмов желудочковой тахикардии (p<0,05).

ШБ-8 ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ МОНОТЕРАПИИ ЭКВАТОРОМ НА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Донская А.А., Морозов С.Н., Морозова Е.А.

Якутская городская клиническая больница, Якутск, Россия

Нами выявлено, что «северный вариант» артериальной гипертензии (АГ) помимо доказанного раннего начала с быстрым прогрессированием, значительным увеличением массы миокарда левого желудочка, имеет выраженные структурные и функциональные изменения сосудистого русла. Для северян характерна более высокая жесткость артериального русла, и как один из показателей данных изменений - уменьшение коэффициента податливости артериальной стенки (КП).

Целью данного исследования явилось изучение влияния препарата экватор (Геден-Рихтер) на некоторые гемодинамические показатели, в частности на КП у лиц с артериальной гипертензией.

Материалы и методы: были обследованы 69 больных от 18 до 55 лет (23 мужчин, ср. возраст 34,3±1,5 лет и 46 женщин средней возраст 38,4±1,1 года) с установленными данными стабильного течения АГ I-II степени, получавшие лечение препаратом экватор 1 таблетка в утренние часы. В клинике больным осуществлялась комплексная оценка жалоб, анамнеза, результатов клинических, лабораторных, функциональных и инструментальных методов исследований. КП артериальной стенки рассчитывался, как отношение ударного объема (УО) к пульсовому давлению (ПД). Повторное обследование было проведено через 180±10 дней.

Результаты и обсуждение: у женщин исходно систолическое АД (САДбаз.) составило 154,9±1,3 мм рт.ст. и диастолическое АД (ДАДбаз.) 91,6±0,7 мм рт.ст., ЧСС 82,2±1,4 уд/мин. У мужчин исходно САДбаз составило 161,2±0,6 мм рт.ст. и ДАДбаз 96,2±0,4 мм рт.ст. ЧСС 80,2±1,2 уд/мин. Выявлены следующие значения КП: у мужчин 1,3±0,4, у женщин 1,49±0,2. Частота ГЛЖ по ЭКГ признакам встречалась у 26,1% мужчин и у 17,4 % женщин, по Эхо-КГ у 34,7% мужчин и у 19,5% женщин.

Во время контроля отмечались хорошие клинические результаты: у женщин САДбаз составило 136,3±1,2 мм рт.ст. (Δ 14,3 мм рт.ст., p<0,05) и ДАДбаз 86,2±0,6 мм рт.ст. (Δ 5,4 мм рт.ст., p<0,01) ЧСС 78,3±1,3 уд/мин (Δ4 уд/мин). У мужчин САДбаз составило 147±1,1 мм рт.ст. (Δ 13,2 мм рт.ст. p<0,05) и ДАДбаз 89,2±0,2 мм рт.ст. (Δ4,2 мм.рт.ст. p<0,01) ЧСС 78,3±1,1 уд/мин (Δ2уд/мин). Существенно улучшились показатели суточных ритмов за счет увеличения группы *dirreg* и снижения группы *non-dirreg* и *over-dirreg* по САД и ДАД как у мужчин (p<0,05), так и у женщин (p<0,05). Частота ГЛЖ по ЭКГ признакам во время контроля выявлена у 28,3% мужчин и у 18,1 % женщин, по Эхо-КГ у 32% мужчин и у 23,2% женщин. Улучшился показатель КП у мужчин, который составил 1,57±0,2, а у женщин 1,69±0,3 (p<0,01).

Выводы: 1. У пациентов с АГ применение экватора 1 табл./сут. обеспечивало достоверное снижение уровня АД, преимущественно САД.

2. Применение экватора у больных с АГ способствовало регрессу ГЛЖ, достоверно улучшились показатели КП, как маркера жесткости артериального русла, что имеет важное значение в прогнозировании сердечно-сосудистых осложнений.

ШБ-9 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЛИЯНИЯ НЕБИВОЛОЛА И БЕТАКСОЛОЛА НА ПРОЦЕССЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Зиновьева Ю.А., Хурс Е.М., Поддубная А.В., Смоленская О.Г.

МЦ «Шанс», кафедра внутренних болезней №1 УрГМА, Екатеринбург, Россия

Цель: сравнительная оценка влияния бета-адреноблокаторов небиволола и бетаксолола на структурно-функциональную пере-

стройку левого желудочка (ЛЖ) сердца при лечении артериальной гипертензии (АГ).

Материалы и методы: исследовано 44 пациента с АГ I-II степени. Выборка представлена двумя группами сравнения: 28 пациентов (средний возраст 49,9±5,26 лет), получавших монотерапию небивололом в дозе 2,5-5 мг (группа I), и 26 пациентов (средний возраст 45,13±4,91 лет) - бетаксололом 5-10 мг (группа II). До назначения препаратов все пациенты не получали регулярной антигипертензивной терапии минимум 3 месяца. Всем исследуемым до начала терапии, через 3 месяца и через год лечения, выполнялась стандартная Эхо-КГ с расчетом дополнительных индексов ремоделирования: в систолу и диастолу индексов сферичности ЛЖ (ИСс и ИСд), индекса ремоделирования (ИР), миокардиального стресса (МСс и МСд), конечно-диастолического давления (КДД) и конечно-диастолического напряжения стенки ЛЖ (КДНС), ФВ/МСс и ФВ/МСд для оценки степени адекватности систолической функции нагрузке на ЛЖ в систолу и диастолу; показателей МСс/КСОИ и МСд/КДОИ для оценки степени участия дилатации ЛЖ в систолу и диастолу, соответственно, в процессе компенсации при прогрессировании ХСН. Изучена диастолическая функция ЛЖ по параметрам трансмитрального потока: E/A, DecT, IVRT.

Результаты. Целевые цифры АД через 3 месяца терапии были достигнуты в обеих исследуемых группах. В обеих группах через 3 месяца лечения достоверно снизился МСс (от 154,28±11,65 до 132,77±11,37 в группе I (p<0,01), от 152,53±7,75 до 123,75±13,86 в группе II (p<0,01)) и МСд (от 184,17±14,1 до 159,87±13,34 в группе I (p<0,01), от 182,15±10,07 до 148,32±14,44 в группе II (p<0,01)). Через год при сохранении достоверного снижения показателей относительно исходных значений, имеется четкая тенденция к дальнейшему их снижению. В обеих группах при исследовании через год достоверно увеличился показатель ФВ/МСс (от 0,47±0,05 до 0,61±0,07 в группе I (p<0,01), от 0,45±0,03 до 0,75±0,13 в группе II (p<0,01)), достоверно снизился МСс/КСОИ (от 9,66±1,77 до 6,1±0,67 в группе I (p<0,01), от 8,09±1,43 до 6,33±0,88 в группе II (p<0,01) и МСд/КДОИ (от 3,21±0,4 до 2,57±0,38 в группе I (p<0,01), от 3,43±0,35 до 2,51±0,43 в группе II (p<0,01)). Примечательно, что в группе пациентов, принимавших бетаксолол, достоверная динамика показателей МСд/КДОИ, ФВ/МСс, ФВ/МСд была получена уже через 3 месяца от начала терапии.

Выводы. Таким образом, влияние бетаксолола на процессы ремоделирования ЛЖ при АГ происходит быстрее, чем при терапии небивололом. Сравнимая динамика исследуемых показателей через год свидетельствует о наличии класс-эффекта бета-блокаторов на процессы перестройки ЛЖ при АГ.

ШБ-10 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭПРОСАРТАНА И ГИДРОКСИЗИНА У БОЛЬНЫХ МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С КОМОРБИДНЫМ ТРЕВОЖНЫМ СОСТОЯНИЕМ

Колтунов И.Е., Погосова Г.В., Спивак К.Ю., Белова Ю.С., А.В.Карпова

ФГУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологии, Москва, Россия

Целью настоящего исследования явилось изучение клинической эффективности эпросартана и гидроксизина у пациентов с мягкой и умеренной АГ с коморбидным тревожным состоянием.

Материал и методы. 111 пациентов с АГ I-II степени тяжести по классификации ВНОК по уровню АД прошли скринирующее тестирование на предмет выявления тревожной и депрессивной симптоматики с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS). Клинически значимая тревожная симптоматика имела место у 34,2% (38) больных, клинически значимая депрессивная симптоматика - у 17,1% (19). Пациенты с выявленной на скрининге тревожной симптоматикой прошли клиническое интервью, в ходе которого было подтверждено наличие тревожного состояния легкой-сред-

ней степени тяжести в соответствии с критериями МКБ-10. Из числа этих пациентов в исследование включены 34 больных (8 мужчин и 26 женщин) в возрасте от 36 до 76 лет (средний возраст $56,7 \pm 11,1$ лет). У 6 пациентов имела место АГ I-й, у 28 – II-й степени тяжести, средняя давность АГ составляла $9,29 \pm 6,2$ года. Все больные после одной недели отмывочного периода рандомизировались на основную и контрольную группы. В обеих группах назначалась одинаковая антигипертензивная терапия: эпросартан (теветен) в дозе 600 мг однократно в сутки. При не достижении целевого уровня АД на 10-й день к лечению добавлялся гипотиазид в суточной дозе 12,5 мг. Больные основной группы помимо антигипертензивной терапии получали гидроксизин (атаракс) в суточной дозе от 25 до 50 мг. Длительность лечебного периода составляла 4 недели.

Результаты. К концу лечебного периода психологическое состояние больных основной группы, получавших гидроксизин в суточной дозе 25-50 мг, значительно улучшилось. Средний балл по подшкале тревоги в группе вмешательства снизился на 42% ($-5,2 \pm 0,47$ балла; $p < 0,0001$), по подшкале депрессии на 19% ($-1,62 \pm 0,61$ балла; $p < 0,0001$). В контрольной группе также отмечена позитивная, хотя и значительно менее выраженная, динамика по подшкале тревоги HADS (на 4,3%; $-0,5 \pm 0,22$ балла; $p < 0,01$) и отсутствие достоверной динамики по подшкале депрессии HADS. Уровень стресса, измеренный по аналоговой шкале, в основной группе снизился на 28% ($5,7 \pm 0,40$ до $4,1 \pm 0,43$ балла; $p < 0,001$), в контрольной группе снижение этого показателя менее выражено: на 18% ($6,1 \pm 0,69$ до $5,0 \pm 0,57$ балла; $p < 0,01$).

В обеих группах произошло достоверное снижение систолического (на $23,8 \pm 2,77$ и $22,8 \pm 2,60$ мм рт.ст., в основной и контрольной группе соответственно) и диастолического (на $13,4 \pm 1,69$ и $14,8 \pm 2,02$ мм рт.ст.) АД от исходного уровня (все $p < 0,001$). Различия между группами по степени снижения давления оказались недостоверными. В основной группе наблюдалась тенденция к снижению ЧСС, не достигшая, однако, статистической значимости. Пациенты как основной, так и контрольной группы отметили хорошую переносимость лечения. Только трое пациентов связали с гидроксизином небольшую сухость во рту и сонливость, заторможенность в первые дни приема препарата.

Заключение. Данные настоящего исследования свидетельствуют о том, что гидроксизин в фиксированной суточной дозе 25 мг 2 раза в сутки, является эффективным средством лечения тревожных состояний легкой/средней степени тяжести у больных мягкой и умеренной АГ.

ШБ-11 ЭФФЕКТЫ ВКЛЮЧЕНИЯ ЦИТОПРОТЕКТОРА МИЛДРОНАТА В АНТИАРИТМИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ У БОЛЬНЫХ ИБС

Корягина Н.А., Василец Л.М.

ГОУ ВПО «Пермская государственная академия им. А.Е.Вагнера», Пермь, Россия

Цель: изучить влияние милдроната на качество жизни пациента, структурно-функциональное состояние миокард и эндотелиальную функцию у больных ИБС с желудочковой экстрасистолией.

Материалы и методы: обследовано 30 пациентов (средний возраст $58,5 \pm 10,2$ лет) с желудочковой экстрасистолией, из которых 17 принимали кордарон по стандартной схеме и милдронат (1000 мг в сутки (10 мл 10% раствора – 7 дней, затем по 2 капсулы по 250 мг 2 раза в день – 3 недели)). Группу сравнения составили 20 больных, принимающих только кордарон по стандартной схеме. Желудочковые экстрасистолы соответствовали II-III градации по классификации Лауна. Всем пациентам проводились анкетирование с использованием опросника качества жизни больных с аритмиями, эхокардиография с изучением структурно-функционального состояния, суточное мониторирование ЭКГ. Сосудодвигательную функцию плечевой артерии изучали при помощи ультразвукового сканирования, используя пробу с реактивной гиперемией.

Результаты: при оценке анкет пациентов выявлено значительное улучшение качества жизни, а также уменьшение количе-

ства сердцебиений. При изучении показателей систолической функции левого желудочка до и после проведенного лечения, включающего милдронат, отмечено увеличение фракции выброса с $61,11 \pm 6,6\%$ до $63,25 \pm 4,2\%$ ($p = 0,014$), также были зарегистрировано снижение конечного диастолического и систолического объемов левого желудочка (КДО до лечения $144,8 \pm 39,6$ мл, после $133,8 \pm 33,9$ мл, $p = 0,008$; КСО до $56,2 \pm 17,2$ мл, после $49,1 \pm 14,8$ мл, $p = 0,0015$). У 76% больных основной группы и 77% группы сравнения были обнаружены признаки дисфункции эндотелия сосудов, при этом отмечалась склонность сосудов к спазму, т.е. вазоконстрикция при проведении пробы с реактивной гиперемией у 14,7% основной группы и 20% больных группы сравнения. К концу периода наблюдения в группе сравнения отметили сохраняющуюся склонность к вазоконстрикции у 16,6% больных, а в группе, включающей милдронат, случаев вазоконстрикции не было зарегистрировано. ЭЗВД группы сравнения до лечения составила $4,6 \pm 8,4\%$, после $5,94 \pm 9,0\%$, в основной группе до лечения $6,07 \pm 5,5\%$, после терапии $12,1 \pm 7,1\%$.

Выводы: терапия милдронатом в комплексной антиаритмической терапии приводит к улучшению качества жизни, уменьшению количества желудочковых экстрасистол, достоверно улучшает показатели сократительной способности миокарда. Милдронат целесообразно включать в комплексную терапию желудочковой экстрасистолии у больных ИБС с имеющейся дисфункцией эндотелия сосудов для ее коррекции.

ШБ-12 ВЛИЯНИЕ ГЕПАРИНОТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Крашутский В.В., Пырьев А.Н.

ФГУ «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого Минобороны России», Красногорск, Россия

Цель: изучить влияние гепаринотерапии у больных нестабильной стенокардией на динамику показателей липидного обмена.

Методы исследования: в сыворотке крови у 60 больных нестабильной стенокардией при поступлении в стационар и после проведения в течение 10-14 дней гепаринотерапии исследовали содержание триглицеридов (ТГ), общего холестерина (ХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛПВП), холестерина липопротеидов очень низкой плотности (ХС-ЛПОНП) и холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП).

Полученные результаты. Установлено, что гепаринотерапия у больных нестабильной стенокардией в течение 10-14 дней сопровождается снижением всех показателей липидного обмена. Достоверно снижение в сыворотке крови общего холестерина (в среднем на 1 ммоль/л) и ХС-ЛПНП (в среднем на $0,85$ ммоль/л): до гепаринотерапии ХС общий - $7,22 \pm 0,3$ ммоль/л, ХС-ЛПНП - $5,06 \pm 0,24$ ммоль/л, после гепаринотерапии ХС общий - $6,22 \pm 0,26$ ммоль/л, ХС-ЛПНП - $4,21 \pm 0,3$ ммоль/л.

Вывод: гепаринотерапия в течение 10-14 дней у больных нестабильной стенокардией сопровождается снижением общего холестерина в сыворотке крови в среднем на 16% и холестерина липопротеидов низкой плотности - на 20%.

ШБ-13 ИЗУЧЕНИЕ СОСУДИСТЫХ ЭФФЕКТОВ РОЗУВАСТАТИНА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Кулиева Г.Р., Олферьев А.М., Выгодин В.А.

ГНИЦ ПМ Росмедтехнологии, Москва Россия

Целью исследования явилось изучение, как гиполипидемической эффективности нового препарата из группы статинов – розувастатина, так и влияние его на кровоток в системе микроциркуляции.

Материал и методы: в исследовании участвовали 25 пациентов, в возрасте от 46 до 75 лет, средний возраст $62 \pm 2,4$ лет, с уровнем САД $140-179$ мм рт.ст. и ДАД $90-109$ мм рт.ст., и гиперхолес-

теринемией – ХС выше 5 ммоль/л, ХС ЛНП выше 3 ммоль/л. Все пациенты получали розувастатин (Крестор, AstraZeneca, Великобритания) 10 мг в течение 12 недель. У всех пациентов определяли липидный спектр, АЛТ, АСТ, КФК, до и после 12-недельного приема розувастатина. Состояние микроциркуляции изучалось методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ), на аппарате ЛАКК 01, НПО «ЛАЗМА», Россия. Основными изучаемыми параметрами микроциркуляции были: показатель микроциркуляции (ПМ), отражающий число и скорость движения эритроцитов в микрососудах, резерв капиллярного кровотока (РКК), отражающий прирост кровотока после 3-х минутной окклюзии.

Результаты: уровень ХС до лечения $7,47 \pm 0,4$ ммоль/л, после лечения $4,89 \pm 0,3$ ммоль/л, уровень ХС ЛНП до лечения $5,19 \pm 0,2$ ммоль/л, после лечения $3,06 \pm 0,2$ ммоль/л. Таким образом, снижение ХС составило $34 \pm 3,8\%$ ($p < 0,001$), ХС ЛНП $49 \pm 5,2\%$ ($p < 0,001$), ТГ $28 \pm 2,4\%$ ($p < 0,01$).

Влияние розувастатина на микроциркуляцию: отмечалось повышение среднего значения ПМ от 6,03 до 7,06 перф. ед., на 38,3% ($p < 0,1$), среди всех обследуемых.

До лечения распределение по типам микроциркуляции было следующим: спастический тип – 40%, гиперемический тип – 26,5%, нормоциркуляторный тип – 33,5%. После 12-недельного приема розувастатина: спастический тип – 13%, гиперемический тип – 53,4%, нормоциркуляторный тип – 33,3%. В группе лиц со спастическим типом микроциркуляции отмечалось повышение исходно сниженного уровня ПМ от $4,47 \pm 0,4$ до $8,05 \pm 1,09$ перф. ед., и снижение исходно повышенного РКК от $357 \pm 39,8$ до $229 \pm 22,6$ перф. ед. ($p < 0,001$), что свидетельствует об уменьшении спастических явлений, повышении числа функционирующих капилляров и улучшении перфузии тканей. В группе с гиперемическим типом микроциркуляции полученные данные свидетельствуют о нормализации исходно повышенного ПМ от $7,97 \pm 1,2$ до $5,8 \pm 0,6$ перф. ед. РКК был исходно снижен $185 \pm 19,02$, и на фоне розувастатина отмечалось повышение РКК до $258 \pm 30,2$ ($p < 0,01$), что свидетельствует о нормализации тонуса и улучшении функционирования микрососудов.

Заключение: розувастатин обладает выраженной гиполлипидемической активностью и улучшает показатели периферического кровотока: купирует спастические явления и повышает резерв капиллярного кровотока у лиц, с исходным снижением этого показателя.

ПШБ-14 НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Лохина Т.В., Сисина О.Н., Искендеров Б.Г.

ГОУ ДПО «ПИУВ Росздрава», Пенза, Россия

Целью работы явилась оценка антигипертензивного и противоишемического эффектов моно- и комбинированной терапии верапамилом ретард (изоптином СР) и амлодипином (нормодипином) у больных артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с ИБС.

Материал и методы. Обследованы 54 больных (30 мужчин и 24 женщины) с эссенциальной АГ II степени в возрасте от 40 до 62 лет ($51,4 \pm 2,1$ года). Из них у 61,1% больных была стенокардия напряжения II функционального класса. Больных разделили на 2 сопоставимые группы. В 1-й группе (28 больных) в течение 4 недель больные получали нормодипин и во 2-й группе (26 больных) – изоптин СР. Если при монотерапии АД сохранялось выше 140/90 мм рт.ст., то перекрестным методом к лечению добавляли второй препарат. В результате, у 70,4% больных использовались различные схемы комбинированной терапии. Суточное мониторирование АД и ЭКГ проводили в исходном состоянии, в конце монотерапии и через 4 и 24 недели при комбинированной терапии.

Результаты исследования. При комбинированной терапии нормализация АД (ниже 140/90 мм рт.ст.) отмечена у 92,6% больных и частичный гипотензивный эффект (снижение АД более 10% от исходного уровня, но без нормализации) – у 7,4%. В 70,4% случаев у больных с патологическими типами суточного

профиля АД отмечалась его нормализация. На фоне комбинированной терапии среднесуточные величины САД уменьшились на $33,4 \pm 2,8$ мм рт.ст. ($p < 0,001$) и ДАД – на $16,2 \pm 1,7$ мм рт.ст. ($p < 0,001$). Показатель «нагрузки давлением» – индексы времени САД и ДАД за сутки снизились более чем в 3 раза. Соотношение остаточного гипотензивного эффекта к пиковому (индекс Т/Р) у больных-дипперов составило $84 \pm 5\%$ и у больных с типом нон-диппер – $73 \pm 4\%$.

При комбинированной терапии противоишемический эффект более выражен, чем при монотерапии: глубина максимальной депрессии сегмента ST уменьшилась с $2,4 \pm 0,2$ до $1,5 \pm 0,1$ мм ($p < 0,001$). Также достоверно уменьшились продолжительность и частота эпизодов болевой и безболевой ишемии миокарда. Выявлена прямая корреляция между индексом массы миокарда левого желудочка и величиной максимальной депрессии сегмента ST при безболевой ишемии: $r = 0,72$ ($p < 0,01$). Кроме того, достоверно увеличилась нагрузочная частота сердечного ритма при болевой и безболевой ишемии миокарда, что свидетельствует о повышении коронарного резерва на фоне лечения.

Важно отметить, что при комбинированной терапии проаритмических проявлений не наблюдалось. Побочные действия препаратов, связанные с избыточной вазодилатацией (покраснение лица, отечность стоп, головокружение, головная боль) были в 1,5-4 раза меньше, чем при монотерапии.

Выводы. Комбинация верапамила ретард и амлодипина обладает антигипертензивным и противоишемическим потенцирующими эффектами, что позволяет рекомендовать данную двухкомпонентную комбинацию как рациональную терапию у больных артериальной гипертензией и ИБС.

ПШБ-15 ВЛИЯНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Лохина Т.В., Сисина О.Н., Искендеров Б.Г., Бурмистрова Л.Ф.
ГОУ ДПО «ПИУВ Росздрава», Пенза, Россия

Цель – изучить антигипертензивный и кардиопротективный эффекты амлодипина в зависимости от функционального состояния паращитовидных желез у больных эссенциальной артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Обследовано 65 больных (35 мужчин и 30 женщин) в возрасте от 37 до 63 лет (средний возраст – $52,5 \pm 2,3$ лет), страдающих АГ I-II степени. Больных с клиническими проявлениями нарушений фосфорно-кальциевого обмена, в том числе с первичной патологией паращитовидных желез, хронической сердечной недостаточностью выше II функционального класса, в исследование не включали. Больным до и после лечения проводили суточное мониторирование АД (СМАД), доплер-эхокардиографию, а также в исходном состоянии определяли в крови содержание паратиреоидного гормона (ПТГ). В зависимости от содержания ПТГ больных разделили на 3 группы. В 1-й группе (22 больных; 33,8%) содержание ПТГ составило от 0 до 25 пг/мл, во 2-й группе (25 больных; 38,5%) – от 26 до 50 пг/мл и в 3-й группе (18 больных; 27,7%) – выше 51 пг/мл. У наших больных уровень ПТГ в крови колебался от нуля до 95 пг/мл. Больным после отмены препаратов, влияющих на уровень АД, назначали амлодипин (нормодипин) в течение 24 недель. Эффективные и переносимые дозы амлодипина составили от 15 до 40 мг/сут ($27,5 \pm 1,2$ мг/сут.) и в группах практически не различались.

Результаты. Выявлено, что по мере увеличения содержания ПТГ в крови усиливается гипотензивная эффективность амлодипина. Так, достоверное различие показателей СМАД на фоне лечения отмечено между 1-й и 3-й группами. В частности, 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; $p < 0,01$) более выражено. Также индекс «нагрузки давлением» (ИВСАД, ИВДАД) в 3-й группе уменьшились почти в 3,0 раза, а в 1-й группе – в 2 раза. Показатели вариабельности САД и ДАД достоверно снизились только во 2-й и 3-й

группах. Если в 1-й группе степень ночного снижения (СНС) САД и ДАД увеличились в среднем на 19,5 и 18,4% соответственно ($p < 0,01$), то в 3-й группе – на 39,2 и 30,6% ($p < 0,001$). Кроме того, снижение величины утреннего подъема САД и ДАД в 3-й группе составило в среднем 13,3 и 13,6% соответственно ($p < 0,05$), а в 1-й группе – 5,7 и 7,4% соответственно ($p > 0,05$).

После 6-ти месяцев адекватной терапии амлодипином в 1-й группе индекс массы миокарда ЛЖ уменьшился в среднем на 12,2% ($p < 0,05$), во 2-й группе – на 16,7% ($p < 0,01$) и в 3-й группе – на 18,3% ($p < 0,01$). Динамика показателей диастолической функции ЛЖ в 3-й группе по сравнению с 1-й группой более выражена.

Выводы. Таким образом, гипотензивный эффект, нормализация суточного профиля АД и кардиопротективное действие амлодипина наиболее выражено у больных с бессимптомной гипертонией паразитовидных желез.

ШПБ-16 ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ СРЕДНЕ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ДОЗ СИМВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Мамедов М.Н., Строева М.В., Видова Т.Э., Концевая Т.Б.

ФГУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологии, Москва, Россия

Целью исследования является изучение клинической эффективности и безопасности симвастина у больных с гиперлипидемией и метаболическими нарушениями.

Материалы и методы. Дизайн и протокол многоцентрового открытого клинического исследования с продолжительностью 12 недель разработан в отделе метаболических нарушений ГНИЦ ПМ. Исследование проведено в 9 крупных городах России с участием 39 врачей-терапевтов, кардиологов и эндокринологов. В исследование были включены 322 мужчин и женщин в возрасте 30-70 лет. Критериями включения были: уровень ХС ЛНП > 3 ммоль/л с или без гипертриглицеридемии ($> 1,7$ ммоль/л) в сочетании с одним и более факторами риска: артериальная гипертония (САД > 140 мм рт.ст и/или ДАД > 90 мм рт.ст); абдоминальное ожирение (окружность талии у мужчин > 102 см и у женщин > 88 см); нарушение углеводного обмена (уровень глюкозы в плазме крови натощак $\geq 6,1$ ммоль/л). После отмывочного периода пациентам назначен симвастин (Симвалимит, Гриндекс) в дозе 10 мг в сутки с дальнейшей титрацией дозы до 20 мг в сутки.

Результаты. Исходно 37% пациентов имели мягкую, 44% умеренную и 13% выраженную гиперХС. В 68% случаях гиперХС ассоциировалась гипертриглицеридемией. У 35% пациентов с гиперлипидемией и метаболическими нарушениями выявлен низкий ХС ЛВП. На фоне 4 недельной терапии симвастином 10 мг в сутки основные липидные показатели изменились на 10-14%. В дальнейшем у 2/3 пациентов доза препарата увеличена до 20 мг в сутки. Через 12 недель от начала исследования выявлены следующие изменения параметров липидного спектра: общий ХС снизился на 17%, триглицериды на 21,8%, ХС ЛНП на 24%, а ХС ЛВП увеличился на 14,6%. У лиц с изолированной гиперХС и метаболическими нарушениями симвастин способствовал снижению общего ХС на 28%, тогда как ХС ЛНП – на 44%. У лиц с сочетанной гиперлипидемией уровень общего ХС снизился на 31%, ХС ЛНП – на 42% и триглицеридов – на 24%. В подгруппе пациентов исходно низким уровнем ХС ЛВП на фоне терапии его уровень увеличился на 26%. В целом, у 23% ($n=73$) пациентов с гиперлипидемией и метаболическими нарушениями были достигнуты целевые уровни общего ХС. Уровень триглицеридов нормализовался у 25% ($n=79$) пациентов. Симвастин в суточной дозе 10-20 мг способствовал увеличению уровня ХС ЛВП до целевых уровней у 21% ($n=67$) пациентов.

Таким образом, у лиц с гиперлипидемией и метаболическими нарушениями 12 недельная терапия дженериком симвастина в средней суточной дозе 16,4 мг показала хорошую клиническую эффективность, в виде статистически значимого снижения холестерина атерогенных липопротеидов и увеличения холестерина антиатерогенных липопротеидов. При этом 2/3 пациентов

показано применение высоких доз симвастина или комбинированной липидснижающей терапии.

ШПБ-17 ВЛИЯНИЕ УСИЛЕННОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРАПУЛЬСАЦИИ И УСКОРЕННОГО МЕТОДА ВВЕДЕНИЯ СТРЕПТОКИНАЗЫ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Марков В.А., Рябов В.В., Васильев А.Г.

ГУ ТНЦ СО РАМН НИИ КАРДИОЛОГИИ, Томск, Россия

Цель: оценить эффективность и безопасность усиленной наружной контрапульсации (УНКП) и ускоренного метода тромболитической терапии (ТЛТ) стрептокиназой 750 000 ЕД у больных с синдромом STEMI (острый инфаркт миокарда с элевацией сегмента ST).

Методы исследования: объект исследования – 16 человек с синдромом STEMI 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 $57 \pm 5,34$ лет, во 2-ой группе $53,8 \pm 7,62$ лет. Реперфузия ИСКА в 1-ой группе достигнута во всех случаях, среднее время реперфузии ИСКА $28,12 \pm 9,61$ минут, во 2-ой группе $99,16 \pm 35,83$ 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 инфарктограницивающему эффекту и уменьшению частоты сердечной недостаточности, что необходимо подтвердить в исследованиях большей выборки.

ШПБ-18 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ IF ИНГИБИТОРОМ КОРАКСАНОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ ИБС: СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ II-III ФК

Москалюк М.И. Прасолов А.В.

Кафедра внутренних болезней № 1 КГМУ, Курск, Россия

Жесткость артерий является независимым фактором риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Получены

доказательства того, что снижение артериальной жесткости может стать предметом терапевтического вмешательства.

Целью данного исследования явилось изучение влияния кораксана на жесткость сосудистой стенки у больных ИБС: стабильной стенокардией напряжения II-III ФК в сочетании с ХОБЛ. ДН I

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 80 больных ИБС: стабильной стенокардией напряжения II-III ФК в сочетании с ХОБЛ I-II ст. - 60 мужчин (75%) и 20 женщин (25%). Возраст пациентов составил $52,0 \pm 5,06$ лет. Больные были рандомизированы на 2 группы: 1-я - 40 пациентов без инфаркта миокарда в анамнезе; 2-я - 40 пациентов с постинфарктным кардиосклерозом. Терапия больных включала прием симвастатина, аспирина, кораксана в дозе 5 мг 2 раза в день с постепенным увеличением разовой дозы до 7,5 мг. Группу контроля составили 30 здоровых лиц в возрасте $52,2 \pm 6,3$ лет. Исследование параметров состояния сосудистой стенки оценивали с помощью монитора АД компании «Петр Телегин» г. Новосибирск и программного комплекса VPLab. Определялись следующие параметры: СРПВ (см/с) - скорость распространения пульсовой волны, вычислялась по формуле $v = \frac{L}{t}$; где L_{Ao} - расстояние между устьем аорты и подключичной артерии, измеренное сонографически; $L_{sc}(A_{Sc} + AA + 1/3AB)$ сумма длин подключичной, подмышечной и 1/3 плечевой артерий; РТТ - время распространения пульсовой волны; dP/dt - максимальная скорость нарастания давления (мм рт.ст/с); ASI - индекс ригидности стенки артерий; AIx - индекс аугментации (%); SAI - систолический индекс площади (%). Исходно у больных стабильной стенокардией напряжения II-III определено повышение жесткости сосудистой стенки, что характеризовалось достоверным повышением ASI, AIx, SAI, СРПВ; снижением РТТ, dP/dt .

На фоне лечения кораксаном в течение 1 месяца выявлено достоверное снижение СРПВ на 10% у больных ИБС без инфаркта миокарда в анамнезе ($156,8 \pm 1,2$ и $141,2 \pm 3,1$ соответственно) и на 7% у больных с постинфарктным кардиосклерозом ($187,4 \pm 1,2$ и $174,3 \pm 2,6$, при $p < 0,05$). Также отмечена значимая положительная динамика времени распространения пульсовой волны. Этот показатель увеличился на 9% в 1-й группе обследуемых больных ($123,9 \pm 1,6$ и $132,8 \pm 2,7$ соответственно) и на 6,5% во 2-й группе ($102,7 \pm 1,6$ и $108,3$ соответственно, при $p < 0,01$). Индекс аугментации (AIx), определяющий эластичность сосудистой стенки, уменьшился в 1,6 раза в обеих группах больных.

Выводы. 1. У больных ИБС: стабильной стенокардией напряжения II-III ФК имеет место достоверное увеличение времени распространения пульсовой волны, снижение СРПВ и индекса аугментации, более выраженные изменения отмечены в группе больных без инфаркта миокарда в анамнезе.

2. Терапия Iг ингибитором кораксаном приводит к уменьшению жесткости сосудистой стенки у больных стабильной стенокардией напряжения II-III ФК.

ШБ-19 ОЦЕНКА ОТДАЛЕННОГО ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Нестеров А.П., Сыркин А.Л., Новикова Н.А.
ММА им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель: оценка отдаленного прогноза у больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСбпST)

Материалы и методы: в исследование включено 114 пациентов с нестабильной стенокардией (НС), инфарктом миокарда без Q-зубца (ОИМ): 77 мужчин, 37 женщин, средний возраст $62,27 \pm 10,81$ лет, среднее время наблюдения $3,64 \pm 2,15$ лет. По основному диагнозу было сформировано 2 группы: 68 человек с ОИМ и 46 - с НС. В зависимости от проведенных реваскуляризирующих вмешательств пациенты были дополнительно разбиты на подгруппы: в группе больных с ОИМ 20 больных перенесли чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) или аорто-коронарное шунтирование (АКШ) и 48 больных лечились консервативно. В группе больных с НС 20 больных перенесли ЧКВ или АКШ и 26 больных лечились консервативно. Отдаленный прогноз оценивался в ходе беседы с больными и их родственниками,

а также по данным медицинской документации. В качестве конечных точек были определены следующие клинические исходы: смерть от всех причин, смерть от сердечно-сосудистых причин, рецидив нестабильной стенокардии, инфаркт миокарда, реваскуляризация миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), суммарная конечная точка (смерть от сердечно-сосудистых причин + нестабильная стенокардия + инфаркт миокарда + реваскуляризация миокарда + ОНМК).

Результаты: При анализе отдаленных клинических исходов среди пациентов как с НС, так и с ОИМ была выявлена достоверно большая частота неблагоприятных исходов среди больных, леченных консервативно, по сравнению с оперированными больными. В группе больных с ОИМ также выявлена достоверно большая частота летальных исходов среди консервативно леченных больных по сравнению с оперированными больными ($p < 0,05$). При анализе кривых Каплана-Мейера в отношении суммарной конечной точки, выживаемость была достоверно лучше у больных, перенесших реваскуляризацию миокарда ($p < 0,05$). При консервативном лечении среди больных с ОИМ частота летальных исходов и развития повторных ОИМ была выше, чем у больных с НС, однако данные различия были недостоверными (из-за малых размеров групп). Повторные эпизоды дестабилизации стенокардии достоверно чаще наблюдались у больных с НС, чем у больных с ОИМ ($p < 0,05$). При сопоставлении отдаленных клинических исходов у больных с ОКСбпST, перенесших реваскуляризацию миокарда, статистически значимых различий выявлено не было.

Выводы: ЧКВ достоверно улучшает отдаленный прогноз у больных с ОКСбпST, что подтверждается даже в условиях малой выборки пациентов в отдельно взятой клинике.

ШБ-20 ОСОБЕННОСТИ ОТДАЛЕННОГО ПРОГНОЗА «ПРОМЕЖУТОЧНЫХ» ФОРМ ИБС

Нестеров А.П., Сыркин А.Л., Новикова Н.А.
ММА им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель исследования: Оценить отдаленный прогноз у больных с «острой ишемической дистрофией миокарда» (ОИДМ) при консервативном (медикаментозном) лечении и сопоставить с отдаленным прогнозом у больных с нестабильной стенокардией (НС) и инфарктом миокарда без Q-зубца (ИМ) при консервативном (медикаментозном) лечении.

Материалы и методы: В исследование было включено 54 пациента, проходивших стационарное лечение в 1996-2002гг, которым выставлялся диагноз ОИДМ, НС и ИМ. Среди них 35 (64,8%) мужчин и 19 (35,2%) женщин, средний возраст - $63,46 \pm 10,94$ лет. По основному диагнозу было сформировано 3 группы: с ИМ - 19 пациентов, с НС - 15, и с ОИДМ - 20. Среднее время наблюдения - $6,64 \pm 1,99$ лет. Отдаленный прогноз оценивался в ходе беседы с больными и их родственниками и по данным мед. документации. Конечными точками в исследовании были: смерть от всех причин, смерть от сердечно-сосудистых причин, рецидив нестабильной стенокардии, инфаркт миокарда, реваскуляризация миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу (ОНМК), суммарная конечная точка (смерть от сердечно-сосудистых причин + нестабильная стенокардия + инфаркт миокарда + реваскуляризация миокарда + ОНМК).

Результаты: Среди больных с ОИДМ зафиксировано 7 смертей (35%), 4 рецидива НС (20%), 8 ИМ (40%), 3 операции по реваскуляризации миокарда (15%) и 1 ОНМК (5%). Среди больных с ИМ зафиксировано 6 смертей (31,6%), 10 повторных ИМ (52,4%) и 3 операции по реваскуляризации миокарда (15,8%). Среди больных с НС зафиксировано 2 смерти (13,3%), 6 рецидивов НС (40%), 3 ИМ (20%), 4 операции по реваскуляризации миокарда (26,7%), 1 ОНМК (6,7%). Статистической значимости данные различия не достигали. При анализе выживаемости больных (суммарная конечная точка) выявлены совпадение хода кривых Каплана-Мейера у больных с ОИДМ и НС и тенденция к достоверности различного хода кривых при сравнении больных с ОИДМ и НС с больными ИМ. При анализе кривых Каплана-Мейера в отношении каждой из конечных точек в отдельности аналогичная ситуация выявилась и в отношении развития пов-

торного ИМ: различия в ходе кривых для больных с ОИДМ и ИМ были статистически достоверными ($p < 0,05$), а для больных с НС и ИМ получена отчетливая тенденция к достоверности различий.

Выводы: В данном исследовании высокая частота летальных исходов и рецидивов ИМ у больных с ОИДМ, сходная с данными показателями у больных с ИМ, при выживаемости, сходной с больными с НС, может объясняться гетерогенностью группы больных с ОИДМ. При определении концентрации сердечных тропонинов в настоящее время, по-видимому, группа была бы окончательно разделена на больных с ИМ и НС.

ШБ-21 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНОМ НА РЕОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КРОВИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Орлов Р.Б., Абрашкина Е.Д., Зорина Н.В., Шаалали Н., Шутемова Е.А.

ГОУ ВПО ИвГМА Росздрави, Иваново, Россия

Цель. Изучить влияние аторвастатина на макро- и микрогемореологические показатели у больных артериальной гипертензией (АГ) и дислипидемией.

Материалы и методы. В исследование было включено 40 пациентов в возрасте от 35 до 50 лет (средний возраст $42,5 \pm 6,2$ года) с АГ I-II стадии 1-3 степенью повышения артериального давления и уровнем общего холестерина (ОХ) плазмы $> 6,5$ ммоль/л. В качестве антигипертензивной терапии больные получали амлодипин (теннокс, КРКА, Словения) в дозе 5-10 мг в сутки. Терапия сохранялась неизменной весь период наблюдения. Аторвастатин (Аторис, КРКА, Словения) назначали в дозе 10 мг/сут. При отсутствии достижения целевых значений через 6 недель терапии дозу увеличивали до 20 мг. Ни один из пациентов ранее не получал лечения статинами. Исходно и через 12 недель терапии Аторисом определяли уровни ОХ, липопротеидов высокой (ЛПВП) и низкой (ЛПНП) плотности, триглицеридов (ТГ). Исследовали вязкость цельной крови, плазмы при различных скоростях сдвига с помощью ротационного вискозиметра, гематокрит, степень спонтанной агрегации эритроцитов (метод оптической регистрации). Рассчитывали индекс ригидности эритроцитов. Определяли процент неагрегированных эритроцитов, число дискоцитов, а также количество обратимо и необратимо деформированных эритроцитов с расчетом индекса обратимости трансформации. Данные, полученные через 12 недель лечения Аторисом, сравнивали с таковыми до лечения.

Результаты. Отмечен выраженный гиполлипидемический эффект препарата, выразившийся в снижении уровней ОХ на 31,4%, ЛПНП на 35,5%, ТГ на 18,7% ($p < 0,05$), увеличении содержания ЛПВП на 7,3%. На фоне терапии аторисом произошло значимое улучшение показателей, характеризующих потоковые свойства крови. Наиболее значимые позитивные изменения касались микрореологических свойств эритроцитов. Процент эритроцитов с неизменными свойствами мембраны (дискоцитов) увеличился в среднем с $76,62 \pm 2,33\%$ до $88,05 \pm 1,91\%$ ($p < 0,05$). Произошло уменьшение индекса ригидности эритроцитов на 46% ($p < 0,01$). Снизилась агрегабельность эритроцитов: показатель агрегации уменьшился с $1,76 \pm 0,1$ до $1,55 \pm 0,1$ ($p < 0,05$), уменьшился средний размер агрегата $6,9 \pm 1,1$ до $5,6 \pm 1,2$ ($p < 0,01$). Уменьшилось число необратимо деформированных эритроцитов на 34% ($p < 0,001$), что привело к уменьшению индекса обратимости трансформации на 33% ($p < 0,05$).

Выводы. Аторвастатин в большей степени улучшает микрогемореологические показатели, что приводит к улучшению текучести эритроцитов и, соответственно, повышению эффективности кровотока в микроциркуляторном русле. Это может служить дополнительным основанием для назначения аторвастатина пациентам с АГ и дислипидемией.

ШБ-22 ПРИМЕНЕНИЕ ОМЕГА-3 КИСЛОТ У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО РИСКА С ЦЕЛЬЮ РАННЕЙ ФАРМАКОПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

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

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

Целью исследования было оценить влияние высокоочищенных и высококонцентрированных омега-3 жирных кислот (омакор, SOLVAY PHARMA) на показатели липидного спектра, риск ишемических событий у лиц операторских профессий с высоким коронарным риском и гипертриглицеридемией.

Материал и методы. В исследование были включены 80 работников локомотивных бригад в возрасте от 22 до 55 лет, средний возраст составил $42,4 \pm 9,1$ года. Критерии исключения из исследования: наличие диагностированных ассоциированных клинических состояний (цереброваскулярные болезни, ишемическая болезнь сердца, заболевания почек), наследственная дислипидемия. Изучались факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ): курение, ранний семейный анамнез ССЗ, общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицериды (ТГ), фибриноген, С-реактивный белок (СРБ). По полученным данным рассчитывали абсолютный 10-летний риск развития инфаркта миокарда по модели PROCAM. Всем обследованным пациентам были даны рекомендации по коррекции факторов риска ССЗ и снижению суммарного коронарного риска. Группе пациентов с высоким риском ишемических событий и гипертриглицеридемией дополнительно назначался омакор по 1 капсуле в день, содержащей 1 г ω -3 ПНЖК, в течение 8 недель. Через 8 недель лечения проводился контроль факторов риска ССЗ, включая липидограмму, и рассчитывался коронарный риск.

Результаты исследования. При оценке основных факторов риска ССЗ у обследованных пациентов артериальная гипертензия встречалась в 71,3% случаев, курили и имели повышенную массу тела 76,3% и 67,5% пациентов соответственно, у 52,5% больных была обнаружена гиперхолестеринемия, увеличение ХС ЛПНП $> 3,0$ ммоль/л наблюдалось у 71,3%, увеличение ТГ $> 1,7$ ммоль/л – у 28,8%, уменьшение ХС ЛПВП $< 1,0$ ммоль/л – у 27,5%. При оценке коронарного риска по шкале PROCAM была выделена группа пациентов высокого риска ишемических осложнений – 20 пациентов (25,0%).

По данным исследования через 8 недель приема омакора у пациентов с высоким ишемическим риском снизился уровень триглицеридов на 33,2% ($p < 0,001$), увеличился уровень ХС ЛПВП на 27,6% ($p < 0,05$). Кроме того, наблюдалось снижение уровня фибриногена на 16,5% ($p < 0,05$). В результате коррекции основных факторов риска у пациентов высокого коронарного риска под влиянием немедикаментозного лечения и 8-недельного приема 1,0 г омакора произошло снижение риска ишемических событий (по PROCAM) на 6,8 баллов ($p < 0,05$).

Таким образом, использование омакора в качестве средства ранней фармакопрофилактики сердечно-сосудистых осложнений, позволяет через 8 недель лечения улучшить показатели липидного спектра, оказать противовоспалительный эффект.

ШБ-23 ПРИМЕНЕНИЕ ОМАКОРА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ КОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ

Панов А.В., Гордеев М.Л., Нильк Р.Я., Усова Е.А., Толоян А.А., Сысоев К.А.**

ФГУ Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова Росмедтехнологий, Санкт-Петербург, Россия; *ФГУ Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова Росздрави, Санкт-Петербург, Россия

Рост числа операций коронарного шунтирования (КШ) в России сопряжен с необходимостью активного внедрения методов, улучшающих ближайшие и отдаленные результаты этих вмешательств. В механизмах развития стенозирующего процесса в шунтирующем материале предполагается опосредованная роль системы хемокинов. В последние годы у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) установлено антиаритмогенное действие

ω -3 полиненасыщенных жирных кислот (ω -3 ПНЖК). Среди механизмов благоприятного влияния ω -3 ПНЖК обсуждается противовоспалительный эффект, что позволяет рассматривать их в качестве дополнительного средства для улучшения исходов оперативного лечения ИБС.

Цель исследования. Изучить эффект ω -3 ПНЖК на частоту развития фибрилляции предсердий (ФП) после КШ и их влияние на активность системы хемокинов в шунтирующем материале.

Использованные методы. Фрагмент работы выполнен в рамках параллельного, рандомизированного, открытого исследования с оценкой конечных точек независимой экспертной комиссией (PROBE-дизайн) АКЦИОМА (Аорто-Коронарное шунтирование С Использование ОМАкора). В исследование включено 200 пациентов, готовящихся к операции КШ. Все больные были рандомизированы на две группы: 1) контрольная группа (обычное лечение) и 2) группа обычного лечения плюс омакор – лекарственный препарат ω -3 ПНЖК. Омакор в дозе 2 г/сутки назначали за 7-10 дней до КШ, возобновляли прием в раннем послеоперационном периоде (от 24 до 36 часов) на весь период госпитализации. Анализировали клинико-инструментальные показатели, ФП в послеоперационном периоде, экспрессию хемокинов и хемокиновых рецепторов в биоптатах аорты, внутренней грудной артерии, лучевой артерии, большой подкожной вены.

Результаты. Установлены положительные корреляционные связи между экспрессией хемокинов и хемокиновых рецепторов, уровнем холестерина и весом пациентов. Кроме того, выявлена взаимосвязь между активностью MIP1b- и CCL4-хемокинов, CXCR-рецепторов и фракцией выброса. Предварительный анализ показал, что назначение омакора сопровождается уменьшением риска возникновения послеоперационной ФП и тенденцией к снижению экспрессии хемокинов и хемокиновых рецепторов.

Заключение. Активность системы хемокинов повышена при ИБС. Существует взаимосвязь между экспрессией хемокинов и хемокиновых рецепторов с клинико-инструментальными особенностями ИБС. Использование ω -3 ПНЖК может быть полезно для улучшения ближайшего и отдаленного прогноза пациентов ИБС при КШ.

ИПБ-24 КОМБИНИРОВАННАЯ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Панов А.В., Нильк Р.Я.

ФГУ Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова Росмедтехнологий, Санкт-Петербург, Россия

Для улучшения прогноза больных ИБС после коронарного шунтирования (КШ) обязательным считается снижение показателя липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) как минимум ниже 2,6 ммоль/л. Достижения подобного целевого уровня с помощью высоких доз статинов нередко сопровождается побочными эффектами (повышение уровня трансаминаз, развитие миопатий). Отличительной особенностью новой лекарственной формы флувастатина - лескола-форте является минимизация побочных эффектов за счет медленного поступления в печень и системный кровоток.

Цель исследования. Оценить эффективность, безопасность лескола-форте у больных ИБС после КШ и его влияние на функциональное состояние эндотелия и оксидантную активность лейкоцитов.

Использованные методы. В исследование включено 40 пациентов, готовящихся к операции КШ. Все больные были рандомизированы на две равные группы: пациентам группы А назначался лескол-форте 80 мг/сутки; в группе В применялся лескол-форте плюс эзетимиб в суточной дозе 10 мг. Период активного наблюдения за пациентами после КШ составил 12 месяцев. У всех обследованных анализировались уровень липидов крови, функциональное состояние эндотелия сосудов с помощью опре-

деления величины эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД) плечевой артерии и стимулированная хемилюминисценция лейкоцитов (СтХМ).

Результаты. Суммарно через 12 месяцев терапии лескол-форте в группе А величина холестерина ЛПНП достигла целевого уровня (<2,6 ммоль/л) у 8 больных (40%). У 12 больных терапия была частично эффективна (уровень холестерина ЛПНП снизился более чем на 10%). На фоне 12-ти месячной комбинированной терапии лескол-форте и эзетимибом в группе В целевые уровни холестерина ЛПНП были достигнуты у 14 больных (70%), у 6 пациентов терапия оказалась частично эффективной со снижением уровня холестерина ЛПНП более, чем на 20%. Ни в одном случае не отмечено развитие побочных эффектов, требовавших отмены препарата. Лескол-форте и его сочетание с эзетимибом приводили к значительному улучшению функционального состояния эндотелия и снижению стимулированной оксидантной активности лейкоцитов. В группе А произошло увеличение ЭЗВД с $3,62 \pm 0,44\%$ до $6,0 \pm 1,2\%$ ($P < 0,05$); СтХЛ снизилась с $21,8 \pm 3,9$ мВ до $17,6 \pm 2,4$ мВ ($P < 0,05$). В группе В также установлено достоверное повышение ЭЗВД с $3,72 \pm 0,52\%$ до $9,8 \pm 1,5\%$; СтХЛ снизилась с $22,1 \pm 3,6$ мВ до $15,2 \pm 2,2$ мВ. При сопоставлении различных режимов гиполипидемической терапии установлено достоверно большее возрастание показателя ЭЗВД плечевой артерии у пациентов, получающих комбинацию лескол-форте и эзетимибом.

Заключение. Для больных ИБС характерны повышенные величины стимулированной хемилюминисценции лейкоцитов, которая выявляется на фоне снижения природы диаметра плечевой артерии в пробе с реактивной гиперемией. Применение лескола-форте в сочетании с эзетимибом после КШ потенцирует гиполипидемический эффект и приводит к значительному улучшению функционального состояния эндотелия сосудов и снижению оксидантной активности лейкоцитов.

ИПБ-25 ЗАКОНОМЕРНОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЕЛОДИПИНОМ В МОНО- И КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

Поддубная А.В., Хурс Е.М., Зиновьева Ю.А., Смоленская О.Г.

Кафедра внутренних болезней №1 УрГМА, Екатеринбург, Россия

Цель: изучить характер ремоделирования ЛЖ у больных ИБС и АГ при лечении фелодипином в монотерапии и в комбинации с другими антигипертензивными и коронароактивными средствами.

Материалы и методы: исследовано 42 пациента с ИБС и АГ II–III ф.кл. (ср.возраст $66,17 \pm 13,4$, ФВср. $56,31 \pm 2,01\%$, ф.кл. NYHA $2,25 \pm 0,61$, средняя потребность в нитратах короткого действия 20 таблеток в неделю). Все пациенты не получали терапии в течении минимум 3 мес до включения. На основе транс-торакальной Эхо-КГ рассчитаны: индексы сферичности ЛЖ (ИСс и ИСд), индекс ремоделирования (ИР), миокардиальный стресс в систолу и диастолу (МСс и МСд), конечно-диастолическое давление (КДД) и конечно-диастолическое напряжение стенки ЛЖ (КДНС), ФВ/МСс и ФВ/МСд для оценки степени адекватности систолической функции нагрузке на ЛЖ в систолу и диастолу; показатели МСс/КСОИ и МСд/КДОИ для оценки степени участия дилатации ЛЖ в систолу и диастолу, соответственно, в процессе компенсации при прогрессировании ХСН. Анализировалась диастолическая функция ЛЖ: (Е/А, DecT, IVRT). Далее пациенты были поделены на сравнимые группы лечения, и к стандартной антиангинальной терапии препаратами АСК и статинами, I группа (n=15) получала фелодипин (5 мг), группа II (n=13) получала фелодипин (5мг) и бетакозол (10мг), группа III (n=14) получала фелодипин (5 мг) и периндоприл (4 мг).

Результаты. Через 3 месяца лечения был достигнут стабильный антигипертензивный и коронаролитический эффект: АД снизилось от $168,01 \pm 10,06 / 98,65 \pm 11,37$ до $129,98 \pm 16,02 / 76,34 \pm 11,31$ мм рт.ст, уменьшилась потребность в нитратах ко-

роткого действия до 3–4 таблеток в неделю. Уже через 3 мес лечения достоверно снизился МСд (от $158,14 \pm 15,64$ до $136,29 \pm 19,43$ в группе I ($p < 0,01$), от $154 \pm 12,38$ до $126,89 \pm 16,01$ в группе II ($p < 0,01$) и от $167,71 \pm 60,53$ до $130,57 \pm 0,15$ в группе III ($p < 0,01$)) и достоверно увеличился показатель ФВ/МСд (от $0,32 \pm 0,05$ до $0,5 \pm 0,05$ в группе I ($p < 0,01$), от $0,36 \pm 0,04$ до $0,56 \pm 0,07$ в группе II ($p < 0,01$) и от $0,39 \pm 0,06$ до $0,54 \pm 0,14$ в группе III ($p < 0,01$)). В сравнении с группой I и II, в группе III через 3 мес лечения также достоверно снизились показатели: МСс (от $144,61 \pm 39,74$ до $98,47 \pm 16,57$ ($p < 0,01$)), КДд (от $15,19 \pm 2,35$ до $10,38 \pm 1,66$ ($p < 0,05$)) и увеличился показатель ФВ/МСс (от $0,46 \pm 0,25$ до $0,72 \pm 0,22$ ($p < 0,01$)).

Выводы. Таким образом, показано, что фелодипин способен вмешиваться в процессы ремоделирования миокарда, снижая миокардиальный стресс и оптимизируя адекватность систолической функции сердца его нагрузке. Комбинация фелодипина с бетаксололом позволяет также снизить жесткостные свойства миокарда путем снижения конечно-диастолического давления.

ИПБ-26 ПРОФИЛАКТИКА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ: КОМБИНИРОВАННЫЙ ПРЕПАРАТ ГИЗААР

Столбова С.А., Кляшев С.М., Прилепова А.А., Колесникова С.Н.
ГОУ ВПО Тюменская Медицинская Академия, Тюмень, Россия

Цель настоящего исследования – анализ антигипертензивной эффективности и переносимости комбинированного препарата гизаар (лозартан 50 мг/ гидрохлортиазид 12,5 мг) и действие его на церебральную гемодинамику у больных артериальной гипертонией с проявлениями недостаточности мозгового кровообращения различной степени выраженности.

Методы исследования. В исследование были включены 50 больных АГ в возрасте 28 – 55 лет. У всех больных присутствовали симптомы нарушения мозгового кровообращения разной степени выраженности. При оценке клинической формы заболевания использовалась классификация Е.В.Шмидта (1985). Диагноз АГ выставлялся пациентам на основании рекомендаций экспертов ВОЗ и МОАГ (1999г). В соответствии с принятым протоколом исходно и через 8 недель исследования проводили общий осмотр, неврологический осмотр, ультразвуковая доплерография с проведением функциональных нагрузочных тестов (на аппарате Hitachi EUB -8500); исходно – суточное мониторирование АД (СМАД) (на аппарате фирмы Space Labs, Inc., USA). Больные получали препарат Гизаар в дозе 1 таб. 1 раз в сут. Критерием эффективности гипотензивной терапии было достижение целевого уровня АД $< 130/85$ мм рт.ст. по данным ручного измерения.

Полученные результаты. Группа пациентов, принимающих Гизаар, составила 50 больных, 37 женщин и 13 мужчин, симптомы начальных проявлений недостаточности мозгового кровообращения (НПНМК) – 68% (34 пациента), переходящие нарушения мозгового кровообращения (ПНМК) – 20% (10 пациентов), транзиторные ишемические атаки (ТИА) – 8% (4 пациента), малый ишемический инсульт в анамнезе в течение последних 3 месяцев – 4% (2 пациента). На фоне приема препарата гизаар: снижение офисного АД по сравнению с исходными данными для САД (с $152,5 \pm 4,4$ мм рт.ст. до $135,7 \pm 5,4$ мм рт.ст.; $p < 0,05$), ДАД (с $91,7 \pm 3,6$ мм рт.ст. до $83,7 \pm 4,9$ мм рт.ст.; $p < 0,05$). По данным УЗДГ: исходно сниженная линейная скорость кровотока (ЛСК) увеличивалась с $49,8 \pm 4,04$ см/с до $72,2 \pm 2,54$ см/с ($p < 0,05$), исходно повышенная ЛСК снижалась с $156,2 \pm 2,3$ см/с до $82,7 \pm 2,1$ см/с ($p < 0,05$); индекс цереброваскулярной реактивности (ИЦВР) увеличивался с $39,6 \pm 2,9$ % до $56,7 \pm 2,5$ % ($p < 0,05$). У больных АГ с проявлениями НМК отмечается повышение уровня суточного колебания ДАД, а также чрезмерным падением его ночью. Наиболее характерными особенностями церебральной гемодинамики при АГ является повышение резистентности артерий мозга, асимметрия кровотока по позвоночным артериям, снижение цереброваскулярной реактивности, которые вызваны нарушением регуляции сосудистого тонуса. Больные с низким уровнем ИЦВР (низким вазоконстрикторным резервом) имеют высокую предрасположенность к развитию ОНМК.

Выводы. Лечение гизааром сопровождалось достоверным снижением систолического и диастолического АД, улучшением церебральной гемодинамики в виде уменьшения резистентности сосудистой стенки, дилатации артерий мелкого и среднего калибра, в частности средней мозговой артерии (вследствие чего мозговой кровоток сохраняется на достаточном уровне даже при снижении АД ниже нижней границы ауторегуляции). За время наблюдения у пациентов не было ухудшения состояния, неврологическая симптоматика регрессировала. Влияние на психологический статус и когнитивную сферу выражалось в улучшении восприятия информации, краткосрочной и долгосрочной памяти, улучшении настроения.

ИПБ-27 ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БАРОКАМЕРНОЙ ГИПОКСИИ ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Тиньков А.Н., Прокофьев А.Б., Перевертлова И.В., Маньшина Л.Е.

ГОУ ВПО «ОргМА Росздрава», Оренбург, Россия; Областная клиническая больница №2, Оренбург, Россия

Цель: оценить влияние курсового применения адаптации к периодической барокамерной гипоксии (АПБГ) на некоторые факторы риска ИБС.

Методы исследования. Обследовано 56 мужчин (средний возраст $51,4 \pm 2,5$ лет) с постинфарктным кардиосклерозом, имеющим артериальную гипертонию II стадии, которым проводился курс АПБГ по следующей методике: курс состоял из 22 трехчасовых сеансов на «высоте» 3500 м, проводимых ежедневно, кроме трех выходных дней, первые сеансы проводились с постепенным увеличением высоты, начиная с 1000 м и далее, прибавляя ежедневно по 500 м до достижения максимальной «высоты». Скорость «подъема» и «спуска» составляла 2–3 м/с.

Оценивалось влияние метода на такие факторы риска развития и прогрессирования ИБС как курение, избыточная масса тела, повышенное артериальное давление и уровень липидов крови.

Полученные результаты. Установлено, что из 52 курящих больных после курса адаптации к гипоксии 80% отметили уменьшение тяги к курению, что привело к сокращению количества выкуриваемых за сутки сигарет в среднем наполовину, а 6 пациентов, воспользовавшись этим фактом, бросили курить. Из 25 человек с ожирением после курса адаптации к гипоксии у каждого из них зафиксировано снижение массы тела от 1 до 5 килограмм, что согласно непараметрическому критерию Z Вилкоксона, является достоверным результатом ($p < 0,05$).

Однако при анализе отдаленных результатов АПБГ у курящих и больных с повышенной массой тела оказалось, что уже через один месяц после адаптации из 6 бросивших курить пятеро закурили вновь, а из 25 пациентов, у которых было зафиксировано снижение массы тела после адаптации – 18 набрали прежний вес. Через 3 месяца после АПБГ курили уже все ранее курившие, и практически все больные с ожирением имели вес, равный весу до адаптации.

АПБГ способствовала достоверному снижению САД у обследованных больных на 6%, ДАД – на 5%, ПАД – на 6%. Достигнутый эффект по САД сохранялся в течение полугода, а по ДАД и ПАД – в течение 3 месяцев. При проведении корреляционного анализа оказалось, что чем выше были исходные цифры САД и ДАД у пациентов, тем значительно было снижение изучаемых показателей под воздействием периодической гипоксии. Описанный выше эффект адаптационной терапии на уровень систолического и диастолического АД позволил после курса лечения сократить суточную дозу гипотензивных средств на 28%.

Курс АПБГ привел к достоверному 9% понижению общего холестерина и 6% повышению α -холестерола, что, в конечном итоге, снизило индекс атерогенности на 15%. Данный эффект сохранялся 9 месяцев.

Выводы. 1. АПБГ способствует снижению артериального давления у больных с постинфарктным кардиосклерозом и сохранению данного эффекта до 6 месяцев. 2. Наблюдаемое перераспределение холестерина из «атерогенного потока» в «антиатеро-

генный» является позитивным моментом АПБГ и понижает вероятность избыточного отложения ХС в интимае сосудов. 3. АПБГ не может рассматриваться как самостоятельный способ воздействия, ограничивающий такие факторы риска и прогрессирования ИБС, как курение и повышенная масса тела.

ШБ-28 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ЗОФЕНОПРИЛОМ И ЛОЗАРТАНОМ НА СОДЕРЖАНИЕ ЭНДОТЕЛИНА-1 И МОЛЕКУЛ КЛЕТОЧНОЙ АДГЕЗИИ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ФОНЕ ПОДАГРЫ

Феофанова Е.С., Волобуева И.Н., Князева Л.А., Князева Л.И., Горяинов И.И.

ГОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет», Курск, Россия

Цель работы: изучение динамики содержания эндотелина-1 (ЭТ-1) и молекул адгезии sVCAM-1 в сыворотке крови больных стабильной стенокардией напряжения II-III функционального класса (ФК) 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 ФК на фоне первичной подагры (средний возраст $54,5 \pm 7,3$ года). Группу сравнения составили 30 больных стабильной стенокардией, группу контроля - 20 здоровых лиц. Сывороточное содержание ЭТ-1 исследовали с помощью радиоиммунного анализа (Amersham), sVCAM-1 - иммуноферментного анализа (Москва, ЗАО «БиохимМак») 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 - $22,5 \pm 7,5$ мг/сут., 2-й группы (n=52) - лозартан - 125 ± 25 мг/сут., 3-й группы (n=35) - комбинацию зофеноприл+лозартан ($15,0 \pm 7,5$ мг/сут. и $75,0 \pm 25,0$ 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 sVCAM-1 достоверно превышало аналогичные показатели групп контроля и сравнения, нарастая с увеличением степени ЭД. Максимальные уровни ЭТ-1 ($50,3 \pm 2,1$ нг/л, $p < 0,05$) и sVCAM-1 ($722,1 \pm 45,6$ нг/мл, $p < 0,05$) 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 ($29,8 \pm 1,3$ против $14,3 \pm 0,5$ нг/л, $p < 0,05$).

Концентрация sVCAM-1 в крови больных ИБС на фоне подагры с I ст. ЭД после 6 месяцев лечения зофеноприлом достоверно снизилась на 43,7%, при II ст. - на 16,1%, однако изменения содержания sVCAM-1 при III-IV ст. были незначимыми. Аналогичные результаты получены на фоне терапии с включением лозартана. После применения комбинации лозартан+зофеноприл установлены нормализация уровня sVCAM-1 при ЭД II ст. ($302,2 \pm 17,6$ нг/мл, $p < 0,05$) и достоверное снижение концентрации sVCAM-1 при III-IV ст. ЭД на 24,4% от исходных значений.

Выводы: 1. Зофеноприл и лозартан обладают сопоставимым по эффективности корригирующим влиянием на сывороточное

содержание ЭТ-1 и молекул адгезии sVCAM-1 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 гиперэкспрессии sVCAM-1.

ШБ-29 ЭФФЕКТИВНОСТЬ РОЗУВАСТАТИНА В СНИЖЕНИИ АКТИВНОСТИ ЭНДОГЕННОГО ВОСПАЛЕНИЯ И СИСТЕМНОГО ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Шукин Ю.В., Дьячков В.А., Медведева Е.А., Данилова Е.А., Пикатова Е.А., Селезнёв Е.И.

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава», Самара, Россия

Цель: изучить влияние розувастатина на маркёры эндогенного воспаления (ЭВ) и окислительного стресса у больных распространённым атеросклерозом (РА).

Материалы и методы. В исследование включено 46 больных РА (средний возраст $56,5 \pm 2,2$ года), диагноз которого верифицировался ультразвуковыми методами исследования. Все больные перенесли инфаркт миокарда и имели признаки стабильной стенокардии напряжения II-III ФК. У 30 больных (65%) отмечены стенозы артерий брахиоцефального русла, у 26 пациентов (56%) - стенозы артерий нижних конечностей. Все пациенты были распределены на 2 равнозначные группы. Больным 1 группы назначалась стандартная терапия (антиагреганты, β -адреноблокаторы и нитраты), обследуемые 2 группы дополнительно принимали розувастатин (крестор фирмы AstraZeneca) в суточной дозе 10 мг. Период наблюдения составил 12 недель. В сыворотке крови определяли показатели липидного профиля, содержание белковых SH-групп, активность фермента глутатионпероксидазы (ГПО), окисляемость *in vitro* ионами меди липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), концентрацию протеин-связанного 3-нитротирозина (3-НТ). Состояние ЭВ оценивали по изменениям высокочувствительного СРБ, интерлейкина 6 (ИЛ-6), секреторной фосфолипазы А2 типа ПА (секФЛА2). Исследование проводили до (исходный уровень) и после лечения. Для сравнения были обследованы 26 лиц без признаков атеросклероза.

Результаты. Под влиянием лечения розувастатином содержание ОХС и ХС ЛПНП у больных 2 группы снизилось по сравнению с исходным уровнем соответственно на 38% ($p < 0,05$) и 49,8% ($p < 0,01$), а ХС ЛПВП возрос на 11% ($p > 0,05$). Исходно сниженные активность ГПО и содержание SH-групп увеличились на 28% ($p < 0,05$) и 18% ($p < 0,05$) соответственно. Исходные значения окисляемости ионами меди ЛПНП и содержание плазменного 3-НТ по сравнению с лицами контрольной группы были достоверно повышены. Лечение розувастатином больных 2 группы привело к снижению окисляемости ЛПНП на 29% ($p < 0,01$), содержания 3-НТ на 26% ($p < 0,05$). У пациентов 1 группы подобные изменения наблюдались только в тенденции. У больных РА 1 и 2 групп исходное содержание СРБ, ИЛ-6 и активность секФЛА2 как маркёров ЭВ были достоверно повышены, причём активность секФЛА2 положительно коррелировала с содержанием СРБ ($r_1=0,46$, $p=0,031$; $r_2=0,48$, $p=0,028$) и 3-НТ ($r_1=0,38$, $p=0,041$; $r_2=0,43$, $p=0,022$) соответственно. После лечения розувастатином содержание СРБ, ИЛ-6 и активность секФЛА2 снизились соответственно на 33% ($p < 0,01$), 26% ($p < 0,05$) и 27% ($p < 0,05$).

Таким образом, розувастатин уже в умеренных дозах достоверно подавляет процессы ЭВ и окислительного стресса и может эффективно использоваться для вторичной профилактики у больных распространённым атеросклерозом.

IV. Реабилитация

IV-1 АНТИСТРЕССОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ «НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ» У РАБОТНИКОВ ОПЕРАТОРСКИХ ПРОФЕССИЙ

Алиева Н.А. *, Осипова И.В., Кулишова Т.В., Джумиго М.А. *
НУЗ ОКБ на станции Барнаул* ОАО «РЖД» Барнаул, Россия;
АГМУ, Барнаул, Россия

Цель работы: оценить эффективность лечения с применением селективной хромотерапии и транскраниальной электростимуляции (ТЭС терапия) в антистрессовой терапии артериальной гипертонии «на рабочем месте» у работников операторских профессий (локомотивных бригад).

Методы исследования: в исследовании участвовали 142 мужчин (машинисты и помощники машинистов) с АГ I и II степени. Методом рандомизации они были разделены на три группы. Все пациенты получали стандартный комплекс реабилитационных мероприятий: ЛФК, массаж по Машкову № 8-10, физиолечение (магнитер на шейно-воротниковую зону №8-10, циркулярный душ №5-10) В 1-ю группу (n=48), дополнительно включена селективная хромотерапия, во 2-ю группу (n=44) входила ТЭС терапия. Контрольную -3-ю группу составили пациенты (n=50), которые получали стандартный комплекс реабилитации.

Всем пациентам наряду с общеклиническими методами обследования использовались: измерение АД по методу Короткова в начале курса терапии и после; контроль АД по ежедневным дневникам в истории болезни, суточное мониторирование артериального давления (СМАД). Проведение психоментального теста (ПМТ) в начале и после курса терапии, основанного на моделировании стресса, а именно отрицательных эмоций при чтении вслух незнакомого текста медицинской тематики в течение 3 минут. Гипертензивной реакцией на стресс принято считать повышение АД на 10% и более от исходного, цветовой тест Люшера.

Результаты: исходно показатели АД у пациентов не отличались. Анализируя динамику показателей СМАД, выявлено достоверное снижение показателей САД и ДАД во всех группах. В 1-ой группе САД снизилось на $17,8 \pm 2,5$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), ДАД на $12,0 \pm 2,3$ мм рт.ст. ($p < 0,05$); во 2-ой группе отмечалось снижение САД на $15,5 \pm 2,5$ мм рт.ст. ($p < 0,05$); ДАД на $11,8 \pm 3,2$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), в 3-ей САД на $13,1 \pm 2,3$ мм рт.ст., ДАД на $10,7 \pm 2,8$ мм рт.ст. ($p < 0,05$).

При выполнении ПМТ, результаты показали, что пациенты всех групп реагируют повышением АД и ЧСС в начале лечения без достоверного различия. После курса лечения результаты ПМТ изменились. В 1-ой группе разница АД до проведения ПМТ и после ПМТ составила 5,2 мм рт.ст. (3,7%), ЧСС-3,6 уд./мин. ($p < 0,05$), во 2-ой группе разница составила 5,6 мм рт.ст. (4,1%), ЧСС-3,9 уд./мин. ($p < 0,05$) что соответствует нормальной реакции АД на ПМТ. В 3-ей группе разница составила 16,1 мм рт.ст. (10,6%), ЧСС-15,6 уд./мин. ($p < 0,05$), что указывает на сохраняющуюся гипертензивную реакцию АД на стресс.

Выводы. 1. Включение в комплексное лечение «гипертонии на рабочем месте» методик антистрессовой терапии у работников операторских профессий приводит к нормализации среднесуточных значений САД и ДАД, ЧСС.

2. Курс хромотерапии и ТЭС-терапии повышает стрессоустойчивость у лиц «стрессовых» профессий (работники локомотивных бригад, водители и т.д.), что подтверждается адекватной реакцией артериального давления и частоты сердечных сокращений на психоментальный тест.

IV-2 ВЛИЯНИЕ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БАРОКАМЕРНОЙ ГИПОКСИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА В ХОДЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ

Булатова А.Д., Прокофьев А.Б., Тиньков А.Н., Карташова С.Н., Алиева М.А.

ГОУ ВПО «ОрГМА Росздрава», Оренбург, Россия; Областная клиническая больница №2, Оренбург, Россия

Цель исследования. Изучить качество жизни (КЖ) и оценить его динамику у больных инфарктом миокарда (ИМ) под влиянием адаптации к периодической барокамерной гипоксии (АПБГ).

Методы исследования. Обследовано 110 мужчин (80-основная и 30-контрольная группа), перенесших ИМ, средний возраст которых составил 52,3 года. В исследование не включались больные с сердечной недостаточностью выше II ФК по классификации NYHA, тяжелыми нарушениями ритма. Основной группе проводился курс АПБГ, состоящий из 22 трех часовых сеансов на высоте 3500 метров (460 мм рт.ст.), проводимых ежедневно в барокамере пониженного давления «Урал 1». Больные контрольной группы проходили курс реабилитации согласно Методическим рекомендациям МЗ РФСР по физической реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда (1989). Все исследуемые больные получали нитраты, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ в индивидуально подобранных дозах.

Для оценки качества жизни в данном исследовании применялись медико-социологическая анкета, анкеты «Качество жизни больного стенокардией», психологический тест «СМОЛ». Оценка качества жизни у больных основной группы проводилась до, и после завершения курса АПБГ, у пациентов контрольной группы – в исходе и через 1 месяц после исходного.

Полученные результаты. Анализ данных, полученных с помощью психологического теста СМОЛ, показал, что у больных ИМ показатели психологического профиля не выходили за пределы нормальных значений (40-70 баллов) ни по одной из шкал теста. Анкета «КЖ больного стенокардией» не только выявила его снижение (суммарный показатель составил $28,5 + 2,4$ балла), но и позволила выяснить, что достоверно больший вклад в ухудшение КЖ больных внесли приступы за грудиных болей; необходимость ограничивать свои физические усилия; необходимость постоянно лечиться, принимать лекарства, периодически лежать в больнице; дополнительные материальные расходы, связанные с лечением. При проведении корреляционного анализа не было найдено зависимости между суммарным показателем КЖ и локализацией ИМ ($r = 0,08$; $p = 0,3$), его распространенностью ($r = 0,07$; $p = 0,6$), а также возрастом больных ($r = -0,07$; $p = 0,4$).

Сразу после курса АПБГ показатели КЖ достоверно улучшились ($17,8 + 2,5$, $p < 0,01$). Данное улучшение произошло, прежде всего, за счёт повышения показателей по физическим и психо-эмоциональным разделам анкеты «КЖ больного стенокардией». По социальной шкале значение осталось практически на прежнем уровне, что объясняется малой социальной активностью пациентов, т.к. они ещё не приступили к активной трудовой деятельности. По данным «Медико-социологической анкеты» суммарный показатель КЖ больных до начала реабилитации составил: $-6,2 + 1,1$ балла, а после АПБГ достоверно увеличился до $-3,0 + 1,1$ ($p < 0,05$). В группе контроля достоверных изменений выявлено не было.

Выводы. 1. КЖ больных, перенесших ИМ, снижено за счёт симптомов стенокардии. 2. Курсовое применение АПБГ достоверно улучшает КЖ больных ИМ в процессе реабилитации на амбулаторно-поликлиническом этапе.

IV-3 ЛЕКСИКО-СЕМАНТИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ – ЭКСПЛОРАТОРНОЕ КОРПУСНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Бухаров Я.М.¹, Голубев М.В.²

НГОУ «Медицинский стоматологический институт»¹, Москва, Россия; ФГУ РНЦ восстановительной медицины и курортологии Росздрава², Москва, Россия

С целью выявления семантической структуры внутренней картины болезни у пациентов с артериальной гипертонией был

составлен неразмеченный корпус свободных письменных описаний своего состояния 44 пациентами с АГ, в возрасте от 23 до 79 лет (в среднем 57 ± 12), 24 мужчины и 20 женщин, с, находящимися на стационарном лечении в кардиологическом и неврологическом отделениях КБ №6 ФМБА РФ и неврологическом отделении КБ №86 ФМБА РФ. Объём корпуса составил 8241 словоупотребление, из них 5045 знаменательных слов, которые были подвергнуты дальнейшей обработке. Кроме знаменательных слов обработке также подвергнуто местоимение «я».

Первый этап обработки данных представлял собой составление лематизированного списка знаменательных слов и подсчёта частот их вхождения в корпус. Всего в списке 1829 уникальных записей. Второй этап обработки представлял собой составление на основе конкордансов и последующий математико-статистический анализ матрицы сочетаемости слов в корпусе. Матрица сочетаемости представляет собой квадратную таблицу, столбцы и строки в которой соответствуют словам из списка, полученного на первом этапе. Ячейка таблицы на пересечении строки i и столбца j содержит число обнаруженных в корпусе сочетаний слов i и j . Матрица сочетаемости была подвергнута иерархической кластеризации по методу связи внутри групп, на основании которого была выстроена древовидная диаграмма объединения слов в кластеры по сходству их сочетаемостей. Для дальнейшего анализа были отобраны те кластеры, которые включали в себя не менее десяти слов, при условии, что накопленное в кластере значение коэффициента дистанции (приведённого к шкале от 0 до 25) не превышает 10. Таких кластеров выявлено 20, их суммарный удельный вес составил 18,68% всей знаменательной лексики корпуса. Третий этап обработки данных состоял в анализе лексического состава выявленных кластеров, для чего был произведён учёт сочетаемостей каждого слова в каждом кластере. Таким способом удалось выявить ключевые слова (либо, в двух случаях, группы слов), многократно появляющиеся в сочетаниях со словами кластера и обеспечивающие его семантическое единство.

Таким образом, проведённое исследование позволило выявить устойчивое ядро семантической структуры ВКБ у пациентов с АГ. Наибольшим удельным весом обладают кластеры с ключевыми словами «давление» и «боль». Кроме того, в выявленной структуре обращает на себя внимание сосуществование кластеров, ключевые слова которых близки по словарному смыслу (напр. «время» и «день»), тогда как слова, составляющие сами кластеры, различны, что может говорить о нелинейном характере семантической структуры ВКБ у больных с АГ. Также, существование нескольких кластеров, связанных с тематикой времени, может иметь отношение к известному из современной медико-психологической литературы явлению т.н. «цейтнотности» больных с АГ.

IV-4 РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСЛОЖНЁННЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, С ПРИМЕНЕНИЕМ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК В БАССЕЙНЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗЛИЧИЙ РЕАКЦИИ НА АКТИВНУЮ ОРТОСТАТИЧЕСКУЮ ПРОБУ

Валеева В.И., Енина Т.Н., Петрик С.В., Кабова Е.А., Шанаурина Н.В.

ФГУ «Центр реабилитации ФСС РФ «Тараскуль», Тюмень, Россия

Цель работы: оценить эффективность реабилитационных мероприятий с применением физических тренировок (ФТ) в бассейне у больных, перенесших осложнённый инфаркт миокарда (ИМ), в зависимости от различий реакции на активную ортостатическую пробу (АОП).

Обследовано 154 мужчины, перенесших осложнённый ИМ, в возрасте от 28 до 60 лет (средний возраст $50 \pm 0,5$ лет), через 44±1,6 дней после ИМ. Исследовали в динамике толерантность к физической нагрузке (ТФН) по данным теста 6-минутной ходьбы, Эхо-КГ, вариабельность ритма сердца (ВРС) на 5-мин. участке ЭКГ в покое. Анализировали временные (SDNN, RMSSD, PNN50) и спектральные (TP, VLF, LF, HF, LFnu, HFnu) показате-

ли ВРС по международным стандартам. Выделено 2 группы больных: I группа (n=105) – с повышением мощности в LF-диапазоне в АОП, в том числе 62 больных из основной подгруппы, в реабилитации которой применялись ФТ в бассейне и 43 больных из контрольной подгруппы; II группа (n=48) – со снижением мощности в LF-диапазоне в АОП, в том числе 29 больных из основной и 19 из контрольной подгрупп.

В I группе при оценке ТФН отмечено достоверное увеличение проходимого расстояния: в основной подгруппе с $435 \pm 8,4$ м до $476 \pm 8,0$ м ($p=0,010$); в контрольной – с $418 \pm 12,6$ м до $450 \pm 11,6$ м ($p=0,015$). По данным Эхо-КГ выявлено увеличение фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ): в основной подгруппе с $47 \pm 0,7\%$ до $51 \pm 0,7\%$ ($p=0,01$), в контрольной – с $49 \pm 0,8\%$ до $51 \pm 0,7\%$ ($p=0,02$). При анализе параметров ВРС в покое в I основной подгруппе увеличилась SDNN с $28 \pm 1,2$ мс до $34 \pm 1,6$ мс ($p=0,030$) и TP с $950 \pm 103,5$ мс² до $1314 \pm 172,0$ мс² ($p=0,014$), без достоверных изменений в подгруппе контроля.

Во II группе статистически достоверной динамики ТФН и ФВЛЖ не выявлено. При анализе ВРС в покое во II группе в динамике: в основной подгруппе увеличились VLF с $449 \pm 100,0$ мс² до $636 \pm 85,5$ мс² ($p=0,041$); LF с $249 \pm 78,4$ мс² до $461 \pm 105,0$ мс² ($p=0,01$) и уменьшилась HF с $296 \pm 86,9$ мс² до $200,0 \pm 49,0$ мс² ($p=0,02$) без статистически значимого изменения TP ($p=0,055$); в контрольной подгруппе отмечено снижение HFnu с $58 \pm 4,2$ до $37 \pm 2,9$ ($p=0,015$) и повышение LFnu с $42 \pm 4,2$ до $63 \pm 2,9$ ($p=0,01$).

Реабилитационные мероприятия с применением ФТ в бассейне у больных, перенесших осложнённый ИМ, ответивших повышением LF в АОП, сопровождаются повышением ТФН, улучшением насосной функции левого желудочка и повышением ВРС со стороны парасимпатической активности вегетативной нервной системы. Среди больных со снижением показателя LF в АОП отмечено ухудшение вегетативного статуса, что может быть признаком последующего неблагоприятного прогноза ИБС.

IV-5 КОРРЕКЦИЯ РАССТРОЙСТВ СИСТЕМНОЙ И МИОКАРДИАЛЬНОЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Гарганеева А.А., Багреева С.М., Чернов В.И.

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН, Томск, Россия

Цель. Оценить эффективность хирургической реваскуляризации ишемизированного миокарда и возможности коррекции расстройств системной и миокардиальной микроциркуляции (МЦ) в раннем и отдалённом послеоперационном периоде у больных ИБС.

Материал и методы. Обследовано 92 больных ИБС в раннем послеоперационном периоде и через 6 месяцев после аортокоронарного шунтирования (АКШ). МЦ изучалась биомикроскопией сосудов бульбарной конъюнктивы; тканевый кровоток – лазерной доплеровской флоуметрией (ЛДФ); перфузия миокарда – однофотонной эмиссионной компьютерной томографией (ОЭКТ) с 199Тl. У 25 больных, поступивших в клинику в связи с рецидивом стенокардии, изучена клиническая эффективность триметазидина – предуктала МВ (П) фирмы «Servier», Франция.

Результаты. В результате АКШ отмечено улучшение клинического течения ИБС в 96,7% случаев. Обратному развитию коронарной недостаточности соответствовала выраженная положительная динамика показателей перфузии миокарда. Вместе с тем, в раннем послеоперационном периоде наблюдалась явная негативная перестройка системной МЦ, что свидетельствовало о напряжении, а, в ряде случаев, о срыве процессов компенсации терминального кровообращения. Последнее требовало немедленной и интенсивной адекватной фармакологической коррекции (включая использование дезагрегантов, периферических вазодилататоров, антиоксидантов, антиишемических кардиопротекторов). Курсовое лечение П проводилось в течение двух недель в суточной дозе 60 мг. После терапии П (25 пациентов) в 100% случаев отмечалась явная положительная клиническая динамика, чему соответствовал прирост физической работоспособности на 45% ($p < 0,01$). Редукция расстройств МЦ нашла свое

отражение в уменьшении сладж-синдрома и увеличении количества капилляров на единицу площади, что сопровождалось возрастанием базального кровотока по МЦ руслу на 27% по данным ЛДФ. Улучшение миокардиальной МЦ проявилось достоверным ($p=0,002$) уменьшением средней величины как стабильных, так и преходящих дефектов перфузии миокарда по результатам ОЭКТ.

Выводы. Хирургическая коррекция коронарной недостаточности сопровождается перестройкой системной МЦ, что требует адекватного медикаментозного вмешательства. Для коррекции расстройств системной и миокардиальной МЦ и предотвращения ремоделирования МЦ русла при восстановительном лечении больных, перенесших АКШ, целесообразно использование антиишемических кардиопротекторов, достойное место среди которых занимает триметазидин (предуктал МВ).

IV-6 КЛИНИЧЕСКОЕ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ПРОЦЕССОВ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У СПОРТСМЕНОВ В ПРЕДСОРЕВНОВАТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ТРЕНИРОВОЧНОГО ЦИКЛА

Гарганеева Н.П.¹, Таминова И.Ф.², Ворожцова И.Н.³, Корнева Н.В.²

ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава¹, Томск, Россия; МУ Врачебно-физкультурный диспансер², Нижневартовск, Россия; ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН³, Томск, Россия

Цель работы: оценить изменения биоэлектрической активности миокарда в виде нарушения процессов реполяризации (НПР) у высококвалифицированных спортсменов в предсоревновательном периоде тренировочного цикла для выявления ранних признаков дезадаптации и разработки мер комплексной профилактики.

Материал и методы: обследовано 80 спортсменов (все мужчины в возрасте от 17 до 32 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 (15) спортсменов, занимающихся игровыми видами (волейбол, баскетбол). II группа (20) – «выносливость» (лыжные гонки, биатлон). III группа (20) – «сила» (пауэрлифтинг). IV группа (25), развивающие скоростно-силовые качества (борьба). Функциональные методы диагностики сердечно-сосудистой системы (ССС) включали: электрокардиографию (ЭКГ), эхокардиографию (Эхо-КГ), велоэргометрию (ВЭМ).

Результаты: в предсоревновательном периоде тренировочного процесса нарушения процессов реполяризации миокарда были выявлены у 17 (21,3%) спортсменов. В I группе НПР наблюдалось у 1 спортсмена (волейболиста). В группе II «выносливость» – у 9 (11,3%); в группе III «сила» – у 2 (2,5%); в группе IV, развивающей скоростно-силовые качества – у 5 (6,2%). У всех спортсменов с НПР при проведении ЭКГ были зарегистрированы различные нарушения сердечного ритма. В 7 (8,8%) случаях диагностированы аритмии, обусловленные нарушением образования импульса: синусовая брадикардия (ЧСС менее 45 уд/мин.); синусовая аритмия; синусовая тахикардия; экстрасистолия. В 10 (12,5%) случаях диагностированы нарушения проведения импульса: однопучковые блокады; атриовентрикулярная блокада I степени; синдром ранней реполяризации желудочков. ВЭМ-проба у 9 атлетов равнозначно во всех группах выявила низкий уровень аэробных возможностей по данным максимального потребления кислорода (МПК) при значимом снижении МПК до 42–56 мл/мин/кг в сравнении со спортсменами, у которых не обнаружены НПР ($p<0,05$). Оценивая типы реакции ССС при проведении ВЭМ, у 7,5% спортсменов имели место нарушения в согласованности вегетативной и двигательной функций, проявившиеся гипертонической, дистонической реакциями АД на нагрузку. По данным Эхо-КГ у 9 (11,3%) спортсменов с НПР обнаружены признаки дисплазии соединительной ткани сердца в виде пролапса митрального клапана I и II степени и добавочных хорд левого желудочка.

Выводы: Сочетанное нарушение процессов реполяризации миокарда, нарушений ритма сердца, снижение уровня максимального потребления кислорода свидетельствует о развитии дезадаптации при выполнении чрезмерных физических нагрузок в предсоревновательном периоде. Это требует регулирования тренировочного процесса и его индивидуализации, динамического комплексного обследования и врачебного наблюдения спортсменов, проведение профилактического лечения и восстановительных мероприятий выявленных нарушений с использованием реабилитационных программ для каждого вида спорта.

IV-7 КОГНИТИВНАЯ ГИПНОТЕРАПИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С НАЧАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ МОЗГА

Голубев М.В.¹, Бухаров Я.М.²

ФГУ РНЦ восстановительной медицины и курортологии Росздрава¹, Москва, Россия; НГОУ «Медицинский стоматологический институт»², Москва, Россия

С целью оценки эффективности когнитивной гипнотерапии (КГТ) у больных артериальной гипертонией с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга было проведено сравнительное обследование 40 пациентов (средний возраст 41,7 (+6,2) лет на основе: Клинической шкалы для оценки выраженности психопатологических синдромов, опросника СМОЛ, Шкалы тревоги Спилбергера, Шкалы депрессии Бека.

После первичного обследования все пациенты методом случайного отбора были разделены на две группы, сопоставимые по возрасту, давности заболевания и выраженности клинических симптомов, базовой терапии. I группа – 20 пациентов, которым наряду с базовой терапией проводились сеансы КГТ и 2 группа – 20 пациентов, только с базовой терапией (БТ).

КГТ включала в себя два этапа: на первом осуществлялась работа, направленная на выявление негативных мыслей и иррациональных убеждений, формулирование более рациональных представлений; на втором проводилось гипнотическое внушение, построенное на основе полученных данных. Всего 12 сеансов, продолжительностью по 50 мин, с частотой 2 раза в неделю. В качестве БТ больные принимали гипотензивные и сосудистые препараты, дезагреганты и нейротрофические средства. Длительность курса лечения составляла 30–40 дней.

В структуре полученных результатов обращают на себя внимание существенные отличия в состоянии больных, наступившие после КГТ, по сравнению с больными, получавшими только БТ. В группе КГТ отмечено статистически значимое (по критерию Вилкоксона) снижение выраженности психопатологических синдромов Клинической шкалы: тревожного, ипохондрического, неврастенического и депрессивного; реактивной и личностной тревоги по шкале Спилбергера; значительное снижение балла по шкале депрессии Бека; понижение по шкале «депрессии» и «психастения» СМОЛ, что свидетельствует о существенном улучшении психоэмоционального состояния больных. В группе же с БТ отмечено лишь незначительное снижение показателя реактивной тревоги по шкале Спилбергера и по шкале депрессии Бека.

Таким образом, полученные результаты подтверждают высокую эффективность КГТ в комплексном лечении больных артериальной гипертонией с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга.

IV-8 ВЛИЯНИЕ ВЕЛОТРЕНИРОВОК ПО МЕТОДИКЕ СВОБОДНОГО ВЫБОРА НАГРУЗКИ НА СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Денисова Е.А., Ефремушкин Г.Г., Петренко Т.А.

ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет Росздрава», Барнаул, Россия

Целью исследования было изучить влияние велотренировок по методике свободного выбора нагрузки на состояние микроциркуляции (МЦ) у больных пожилого возраста с сердечно-сосудистой патологией.

Материалы и методы. В исследование включено 80 больных в возрасте от 60 до 90 лет (средний возраст 75,7±8,6), из них мужчин было 65, женщин 15. Пациенты находились на стационарном лечении в Алтайском краевом госпитале для ветеранов войн. У всех больных диагностирована ИБС, у 75% больных имелась ХСН, средний ФК ХСН был 2,1±0,1. У 61% больных была зарегистрирована изолированная систолическая артериальная гипертензия (АД_{max} - 157±9,8; АД_{min} - 88,2±7,5 мм рт.ст.), у 35% – гипертоническая болезнь.

Пациенты были рандомизированы в группы: основная – 45 больных, которым ежедневно проводились велотренировки в режиме свободного выбора нагрузки (РСВН) и медикаментозная терапия; сравнения – 35 больных, получавших только медикаментозную терапию. Длительность лечения составила в среднем 21±3 дня.

Состояние МЦ оценивалось путем биомикроскопии сосудов конъюнктивы наружного угла глаз при помощи щелевой лампы ШЛ 2Б. Исследования проводилось в начале и конце лечения. Для количественной оценки параметров МЦ рассчитывались индексы: общий конъюнктивальный индекс (КИс) – сумма баллов всех изменений, периваскулярный индекс (КИ1) – сумма периваскулярных изменений, сосудистый индекс (КИ2), внутрисосудистый индекс (КИ3).

Результаты и обсуждение. В начале лечения у больных были периваскулярные изменения в виде отека единичных зон (у 35%), распространенного отека (у 57%), единичных геморрагий (у 22%). Состояние сосудов характеризовалось извитостью (у 85% больных), неравномерностью диаметра капилляров (у 70%), выявлены участки с развитой капиллярной сетью, с образованием сетевидных структур (у 60%), сосудистыми клубочками (у 10%), артериоловеноулярными анастомозами (у 8%). У 47% больных отмечены внутрисосудистые изменения, проявляющиеся замедлением кровотока во всех сосудах, сладж – феноменом, микротромбами в капиллярах. К концу лечения в основной группе уменьшились по сравнению с исходным уровнем КИс на 32,9% (с 13,26±1,2 до 9,97±0,8 баллов, p<0,05) и КИ3 на 57,2% (с 2,97±0,6 до 1,27±0,4 баллов, p<0,05), КИ1 на 74,2% (с 1,86±0,3 до 0,48±0,1 баллов p<0,05). У больных основной группы уменьшились периваскулярный отек, геморрагии, сладж – феномен, улучшился кровоток во всех сосудах. В группе сравнения отмечалось уменьшение только КИ1 (с 13,45±1,6 до 9,83±1,4 баллов), остальные показатели существенно не изменились.

Таким образом, комплексное лечение с включением велотренировок в РСВН у больных пожилого возраста с патологией сердечно – сосудистой системы приводит к улучшению состояния микроциркуляторного звена. Происходит улучшение общего состояния МЦ, в большей степени положительные изменения касаются периваскулярного и внутрисосудистого звеньев МЦ.

IV-9 КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

Дроздецкий С.И., Тоцкая И.В., Кучин К.В., Хотовник М.А., Вторина О.В.

Медицинский институт, Нижний Новгород, Россия

Выраженные когнитивные нарушения значительно снижают социальную активность, существенно увеличивают затраты на лечение и в три раза повышают смертность больных пожилого возраста. В рамках научно-практической многоцентровой программы «АРГУС-2» (Оганов Р.Г., Мартынов А.И., Моисеев В.С., Кобалава Ж.Д. и др., 2006) по дополнительному протоколу было проведено обследование больных артериальной гипертензией (АГ) с высоким риском осложнений.

Цель: оценить динамику когнитивных нарушений у постинсультных больных на фоне традиционной терапии в условиях амбулаторной практики.

Методы: обследовано 29 больных (18 женщин и 11 мужчин) АГ I-III степени с инсультом в анамнезе (случайная выборка). Использовались ишемическая шкала Хачинского (для подтве-

ждения сосудистого генеза когнитивных расстройств), минитест статуса умственных способностей (MMSE), анкета по решению каждодневных задач повышенной сложности, гериатрическая шкала депрессии. Всем больным было проведено стандартное клинико-инструментальное обследование. Обсервационный период составил в среднем 4,5 месяца. Больные получали гипотензивную терапию препаратами шести групп (кроме альфа-блокаторов) в условиях традиционной амбулаторной практики.

Результаты: зарегистрировано увеличение среднего балла по шкале MMSE на 0,5 (с 25,6 до 26,1), при этом показатели улучшились у 15 больных, у 7 – ухудшились и у 7 остались без изменения. У лиц старше 60 лет увеличение балла составило 1,2. У женщин зарегистрирована более положительная динамика, чем у мужчин. Однако средний балл по шкале качества жизни уменьшился на 3,1. Депрессия зарегистрирована у 15 больных, положительной динамики не отмечено. Основными причинами ухудшения когнитивного статуса в наблюдаемой когорте явилось недостижение целевого уровня АД из-за нерегулярности приема лекарств и нерационального подбора терапии; наличие стрессовых ситуаций в семье обследованных больных.

Выводы. 1. Проведенный мониторинг ментального статуса постинсультных больных АГ, получавших лечение в условиях традиционной амбулаторной практики позволил выявить незначительное улучшение когнитивных функций за 4,5 месяца наблюдения лишь в 51,7% случаев, причём наилучшая положительная динамика зарегистрирована у женщин старше 60 лет.

2. Увеличение баллов по шкале MMSE отмечено у больных, базисной терапией которых являлись ингибиторы АПФ и/или сартаны, что подтверждает необходимость включения в схему лечения препаратов блокирующих ангиотензин II.

3. Отсутствие улучшения качества жизни и наличие депрессии связано с тяжёлым соматическим состоянием обследованных больных, наличием сопутствующих заболеваний, низким комплайансом, отсутствием социальной поддержки (одиночество, инвалидизация, недостаток межличностного общения, финансовые затруднения).

4. Непосредственный механизм ухудшения когнитивного статуса и его коррекция остаются предметом дискуссии и побуждают к дальнейшим исследованиям.

IV-10 ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ, С ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ РЕАКЦИЕЙ НА ФИЗИЧЕСКУЮ НАГРУЗКУ

Дюсембаев Б.К.

Сеть фитнес – клубов Fidelity, Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова, Алматы, Казахстан

Решение о начале профилактики артериальной гипертензии (АГ) зависит не только от уровня артериального давления (АД), но и от степени общего сердечно-сосудистого риска. Лица с гипертензивной реакцией АД на физическую нагрузку относятся к категории умеренного и высокого риска, и нуждаются в проведении активных профилактических мероприятий с коррекцией всех модифицируемых факторов риска.

Цель работы: изучить влияние занятий регулярной двигательной активностью на оздоровление и повышение работоспособности у лиц с гипертензивной реакцией на физическую нагрузку.

Материалы и методы: проведены тесты с возрастающей, трехступенчатой нагрузкой лицам, впервые приступившим к занятиям по системе физического фитнеса в клубах Fidelity (Самал, Ботанический) города Алматы, в период с 01.04. по 01.07. 2007 года.

В разработку взяты лица имевшие гипертензивную реакцию на физическую нагрузку, с подъемом АД свыше 180/100 на третьей ступени нагрузки, на десятой минуте теста.

Критерием отбора также являлось отсутствие в анамнезе ранее выставленной АГ, сахарного диабета, ожирения, ИБС, нарушений ритма сердца и других хронических заболеваний.

Использовалось оборудование: велоэргометр со встроенным программным обеспечением Cateye ergociser EC-3700 с наушным

датчиком контроля ЧСС и функцией определения максимально-го потребления кислорода (МПК). Продолжительность теста 10 минут. Контроль в виде измерения АД и ЧСС в покое, в нагрузке, на каждом этапе пробы и при восстановлении на первой и третьей минуте.

Результаты исследований. Опытную группу составили 28 человек, 16 (57%) мужчин и 12 (43%) женщин в возрасте от 18 до 50 лет. По возрасту наибольшее представительство в возрастной группе 30-40 лет 14 (50%) человек, 8 мужчин и 6 женщин, и 18-30 лет 8 (28,5%) человек, 5 мужчин и 3 женщины соответственно. В группе 40-50 лет 6 (21,4%) человек, 3 мужчины и 3 женщины соответственно. У всех обследуемых зарегистрирована гипертензивная реакция на физическую нагрузку. 22 человека имели индекс массы тела (ИМТ) выше 25, но меньше 30. По уровню МПК 20 человек имели показатели от 20 до 30 мл/кг/мин; 5 человек от 30 мл/кг/мин и выше, и 3 человека имели показатель ниже 20 мл/кг/мин. Замедленное восстановление по АД наблюдалось в 17 случаях.

С учетом результатов, всем пациентам были рекомендованы регулярные, не менее 4 раз в неделю, циклические аэробные тренировки на тредмиле. Продолжительность занятий 40-60 минут, в темпе быстрой ходьбы. Обязательным условием явилось соблюдение рекомендованных индивидуальных тренировочных зон пульса. Для пациентов с низким МПК и избыточным весом по ИМТ выше 27, всего 18 человек, рекомендована зона 55-65%, для остальных 65-75% от пульса максимально допустимого по возрасту. Через 3-5 месяцев от начала регулярных занятий проведены контрольные тесты, выявившие достоверную, положительную динамику по показателям МПК, снижению веса, уровня «нагрузочного» АД, и времени восстановления у большинства (75%) занимающихся.

Выводы: занятия регулярной двигательной активностью положительно влияют на оздоровление и повышение работоспособности у лиц с гипертензивной реакцией на физическую нагрузку.

IV-11 ВЛИЯНИЕ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОЖНОСТИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Енина Т.Н., Томина Е.И., Валева В.И., Верхошапова Н.Н., Шанаурина Н.В.

ФГУ «Центр реабилитации ФСС РФ «Тараскуль», Тюмень, Россия

Исследовали влияние депрессивных нарушений (Д), реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) на эффективность санаторного этапа реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

Обследовано 67 мужчин в возрасте $48 \pm 1,0$ лет через $40 \pm 2,5$ дней после ИМ. У 82% больных наблюдался крупноочаговый ИМ, у 49% – передний, у 51% – задний ИМ, у 25% – аневризма левого желудочка, у 36% – приступы стенокардии, у 39% – II и III стадии недостаточности кровообращения по NYHA, у 39% – артериальная гипертензия II и III степени.

Анализировали в динамике Эхо-КГ, толерантность к физической нагрузке по данным велоэргометрической пробы, суточное мониторирование ЭКГ (СМЭКГ), вариабельность ритма сердца (ВРС) за сутки, при выполнении активной ортостатической пробы (АОП). Оценивали по международным стандартам спектральные показатели ВРС: TP, VLF, LF, HF, LF/HF, VLF%, LF%, HF%, HFnu, LFnu. С помощью тестов Спилберга и Бэка оценивали ЛТ, РТ и Д. По уровню ЛТ выделено 2 группы: I ($n=41$) – с низким и умеренным уровнем ЛТ (до 45 баллов) и II группа ($n=26$) – с высоким уровнем ЛТ (>45 баллов).

По данным оценки суточной ВРС среди больных I-ой группы наблюдались достоверно более высокие значения показателя LF% ($25,26 \pm 0,96$ против $21,34 \pm 0,87$ во II-ой группе, $p < 0,01$), тенденция к более низким значениям показателя VLF%. В I-ой группе большинство пациентов были с I-ым типом реакции в АОП (с увеличением показателя LF% в ответ на пробу), а во II-ой группе – со 2-ым типом реакции (со снижением показателя LF% в ответ на пробу). Повторная оценка показателей ВРС на фоне санатор-

ной реабилитации показала, что прирост пациентов с I-ым типом реакции в I-ой группе составил 17%, во II-ой – лишь 4%. Таким образом, более низкий уровень ЛТ, оказывая влияние на нейро-вегетативные механизмы регуляции ритма сердца, способствовал «переходу» больных на более низкий нейро-рефлекторный уровень, что сопровождалось улучшением адаптивных резервов. Результаты повторных нагрузочных тестов и Эхо-КГ свидетельствовали о лучшем функциональном состоянии больных I-ой группы. Во II-ой группе отмечено достоверное увеличение количества суправентрикулярных экстрасистол по данным СМЭКГ ($p < 0,05$).

Методом корреляционного анализа Спирмена выявлена связь выраженности Д с возрастом ($r=0,34$, $p < 0,005$), функциональным классом сердечной недостаточности ($r=0,25$, $p < 0,05$), с LF% ($r=-0,51$, $p < 0,01$) по данным СМЭКГ. Уровень ЛТ имел корреляционную связь с возрастом ($r=0,24$, $p < 0,05$) и LF% ($r=-0,59$, $p < 0,001$) по данным СМЭКГ.

Таким образом, больные ИМ отличались неоднородностью исходного вегетативного статуса. В процессе реабилитации отмечалась положительная динамика психоэмоциональных нарушений, сопряжённая с улучшением показателей ВРС, ЭХОКГ, СМЭКГ. Результаты исследования показали целесообразность оценки и коррекции выявленных нарушений психоэмоциональной сферы для прогнозирования эффективности реабилитации больных ИМ на этапе санаторной реабилитации.

IV-12 ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Загидуллин Ш.З., Плечев В.В., Олейник Б.А., Галимов Р.М., Загидуллин Н.Ш.

Башкирский государственный медицинский университет, Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Республика Башкирия

Проблема хирургического лечения ишемической болезни сердца (ИБС) является на сегодняшний день одной из важнейших и актуальных проблем сердечно-сосудистой хирургии, что обусловлено, прежде всего, большой распространенностью, а также огромной клинической и социальной значимостью этой болезни.

Цель работы – обоснование разработанной программы реабилитации больных после операции хирургической реваскуляризации миокарда на основе оценки качества жизни с помощью Сизтлского опросника по стенокардии (SAQ).

Материалы и методы обследования. Были изучены показатели качества жизни у 163 больных, которым в 2005-2006 гг была выполнена хирургическая реваскуляризация миокарда по поводу ИБС. Среди них лиц мужского пола – 156, женского – 7. Постинфарктный кардиосклероз был отмечен у 116 пациентов, при этом один инфаркт перенесли 87 больных, подвергшихся коронарному шунтированию, два инфаркта – 25, три инфаркта – 4 пациента. Функциональный класс (ФК) стабильной стенокардии составил $3,09 \pm 0,38$, ФК недостаточности кровообращения по NYHA – $1,96 \pm 0,65$.

Программу реабилитации прошли 82 пациента (основная группа), группу сравнения составили 81 больной (контрольная группа), которым реабилитация по этапной программе проведена не была. Программа реабилитации включает в себя проведение хирургической реваскуляризации в отделении хирургии сосудов – перевод в кардиологическое отделение ишемической болезни сердца в стационаре – в специализированное реабилитационное отделение санатория «Зеленая Роща». В процессе реабилитации постепенно увеличивалась физическая нагрузка (быстрая ходьба, физические упражнения, бассейн), оказывалась необходимая лекарственная терапия и информационная поддержка. Всем больным проведена оценка качества жизни по опроснику Seattle Angina Questionnaire (SAQ) до операции и через 2-3 месяца после операции. Исходно показатели по всем шкалам опросника SAQ достоверно не отличались в основной и контрольных группах. Для автоматизации расчетов использовалась программа для статистического анализа Statistica 6.0

(StatSoft Inc., США), реализованная на базе IBM PC/Pentium IV.

Результаты исследования. У больных основной группы по сравнению с контрольной улучшились следующие параметры SAQ: ограничение физической активности на 9,2%, стабильность течения стенокардии – 7,69%, тяжесть стенокардии – 6,9%, удовлетворенность лечением – 6,16%, реакция на болезнь – 9,13%.

Заключение. Существующая в Республиканском кардиологическом диспансере программа этапной реабилитации улучшает показатели качества жизни по опроснику SAQ и позволяет эффективно реабилитировать больных после операции коронарного шунтирования.

IV-13 КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ САНАТОРИЙ КАК ЭТАП ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Зайцев Н.М.

ОАО Санаторий «Прокопьевский», Прокопьевск, Россия

Восстановление утраченной в начале 90-х годов, кардиологической реабилитации, как в научном, так и в практическом аспекте, началось в начале 21 века. В связи с этим в настоящее время рассматриваются актуальные проблемы на различных этапах реабилитации больных инфарктом миокарда (ИМ). В повышении эффективности реабилитационных мероприятий у пациентов с инфарктом миокарда особая роль направлений высоких медицинских технологий наряду с применением лекарственных препаратов является организация функционально-восстановительного лечения в условиях санатория.

Целью исследования явилось изучение санаторного этапа реабилитации пациентов ИМ, его эффективность и поиск возможных путей расширения показаний для долечивания пациентов кардиологического профиля.

Методы исследования. Отделение долечивания больных инфарктом миокарда в санатории «Прокопьевский» было открыто в апреле 1980 г. мощностью 30 коек. С 2005 года в связи с расширением показаний для долечивания пациентов кардиологического профиля мощность отделения увеличена до 40 коек. За более четверти века в отделении пролечено 13620 пациентов с ИМ преимущественно трудоспособного возраста (86%). 14% – работающие пациенты пенсионного возраста. Превалировали пациенты мужского пола (81%). В отделении больные получают медикаментозную терапию, физические тренировки, массаж, психотерапию, фитотерапию, по показаниям иглорефлексотерапию, лазеротерапию и спелеотерапию при обострении сопутствующих заболеваний.

Результаты. 96% пациентов выписаны с улучшением, 2% – без перемен, у 2% больных наблюдалось ухудшение состояния, потребовавшее их госпитализации в стационар. В 72% случаев причиной реэвакуации рецидив ИМ, в 18% – нестабильная стенокардия, в 10% – нарушение ритма сердца с выраженной левожелудочковой недостаточностью. За 28 лет в отделении было 26 реанимаций, из них 7 успешных. Летальных исходов 19 (0,14%), половина которых пришлось на первые 5 лет работы отделения. Анализ количества пациентов, имеющих полный спектр обследования на стационарном этапе, выявляет тенденцию стойкого роста в последние 3 года, что вероятно связано с внедрением приоритетной программы «Здоровье» и увеличением оснащения стационаров современной диагностической аппаратурой. Максимальное количество ухудшений (летальность, реэвакуации) приходится на первые 5 лет и последние 3 года, что в первом случае связано со становлением реабилитации в кардиологии, во втором – с поступлением более тяжелого контингента пациентов с нестабильной стенокардией, требующие более агрессивных методов лечения.

Выводы. Для повышения эффективности санаторного этапа реабилитации больных необходимо проводить СМ-ЭКГ, Эхо-КГ, ВЭМ на стационарном этапе, обеспечив полноценную преемственность лечебного процесса, а также своевременно использовать оперативные методы лечения. Открытым остается вопрос постгоспитального этапа восстановительного лечения больных ИМ пожилого возраста, не входящих в группу социального страхования.

IV-14 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛЬНОГО КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Карпова Э.С., Липчанская Т.П., Котельникова Е.В.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий, Саратов, Россия

Коронарные инциденты для многих больных являются значительными психотравмирующими факторами, приводящими к психологической дезадаптации, что в свою очередь оказывает влияние на течение сердечно-сосудистых заболеваний и их прогноз.

Цель исследования заключалась в изучении типа личностного реагирования на болезнь на амбулаторном этапе реабилитации у больных ИБС, перенесших острый коронарный синдром. Для психологической диагностики типов отношения к болезни использовалась методика Личко А.Е. Амбулаторный этап реабилитации включал контролируемые физические тренировки умеренной интенсивности, проводимые 3-5 раз в неделю на фоне стандартной медикаментозной терапии. Психологическая коррекция заключалась в проведении бесед, направленных на формирование адекватных социальных установок, повышение приверженности к выполнению врачебных рекомендаций. При обследовании 36 больных ИБС мужского пола (ср. возраст 47,8±4,9 лет), через 8 недель после перенесенного острого коронарного синдрома установлено, что гармоничный тип отношения к болезни с адекватной оценкой своего состояния, готовности содействовать успеху лечения регистрировался у 11,1% больных. Эргопатический тип «уход от болезни в работу», отражающий стремление продолжать работу, несмотря на тяжесть заболевания, отмечен у 33,3% обследованных, и для данного типа характерно избирательное отношение к обследованию и лечению с целью сохранения профессионального статуса. Анозогностический тип регистрировался только у 5,5% больных и характеризовался необоснованно повышенным настроением и легкомысленным отношением к лечебным рекомендациям, что негативно сказывалось на течении заболевания. Смешанный тип отношения к болезни с преобладанием тревожного, ипохондрического компонентов регистрировался у 25% больных. Диффузный тип, содержащий более 3 компонентов профиля, выявлялся у 25% больных и включал тревожный, ипохондрический, неврастенический типы, свидетельствующие о наличии личностной дезадаптации больных, связанной с заболеванием, а так же сенситивный и диффорический типы реагирования на заболевание, связанные с преморбидными особенностями личности и ведущие к нарушению социального функционирования. Повторное обследование через 6 месяцев показало, что коррекция медикаментозной терапии, модификация образа жизни (индивидуальная диета, режим физической активности), коррекция психологического статуса повлияла на отношение к болезни, соматическое и психологическое состояние. При типологии и учете величин диагностических коэффициентов отмечалась положительная динамика. Гармонический тип реагирования на болезнь возрос более чем в два раза и определялся у каждого четвертого пациента. Эргопатический регистрировался у 25% больных. Анозогностический тип по-прежнему отмечен только у 5,5% больных. Смешанный и диффузный типы выявлены поровну у 22,2% больных. Во то же время у пациентов с тревожным, неврастеническим, ипохондрическим типом реагирования снизился уровень выраженности психопатологических нарушений.

Таким образом, контроль за динамикой личностного реагирования на болезнь может служить одним из показателей эффективности реабилитационных мероприятий, особенно, на амбулаторном этапе реабилитации больных ИБС, перенесших острый коронарный синдром.

IV-15 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КУРСА СТАТИКО-ДИНАМИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ

Корецкая А.Ю.

Эффективность и безопасность реабилитационных программ для больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) является недостаточно изученной темой. Учитывая, что абсолютное число пациентов ХСН, имеет сохраненную систолическую функцию, то изучение использования у них методов физической реабилитации является особенно актуальным. Наряду с традиционными принципами построения лечебно-тренирующих программ, сформулированными Д.М. Ароновым, Г.П. Арутюновым с соавторами, появляются данные о рациональности включения статико-динамических нагрузок как дополнительного метода воздействия, повышающего толерантность к физической нагрузке и качество жизни пациентов.

Целью исследования являлась оценка динамики толерантности к физической нагрузке, морфо-метрических показателей сердца и уровня предшественника мозгового натрийуретического пептида (NTproBNP) у больных ХСН и сохраненной систолической функцией после шестимесячного курса комбинированных статико-динамических тренировок.

Материалы и методы. В исследование были включены 64 пациента с ХСН и фракцией выброса ФВ $\geq 45\%$, все они посещали «Школу больных хронической сердечной недостаточностью» и были обучены методам самоконтроля. В программу физических тренировок вошли 32 пациента, составивших группу воздействия, 32 человека, отказавшиеся от участия в реабилитационной программе, получили рекомендации по модификации образа жизни в домашних условиях. Средний возраст больных — $61,8 \pm 3,6$ года, фракция выброса $51,4 \pm 3,1\%$. Пациенты группы воздействия прошли курс статико-динамических тренировок в режиме интервальных тренировок с пиковым уровнем нагрузки в пределах 60% от индивидуальной аэробной переносимости с включением в основную часть комплекса упражнений с сопротивлением (модифицированная методика И.Б. Темкина). Продолжительность наблюдения составила 6 месяцев.

Полученные результаты. В группе пациентов, участвующих в лечебно-тренирующей программе отмечалось значительное увеличение толерантности к физической нагрузке по данным теста шестиминутной ходьбы прирост дистанции составил $48,5 \pm 5,5$ м ($p < 0,05$), в группе контроля $11,2 \pm 2,5$ м ($p < 0,05$). Данные Эхо-КГ выявили уменьшение размеров левого предсердия на 2,4% ($p > 0,05$) и конечного диастолического объема на 6,89% ($p < 0,05$), увеличение фракции выброса на 2,1% ($p > 0,05$) и соотношения параметров трансмитрального диастолического потока E/A на 7,1% ($p < 0,05$), при снижении уровня NTproBNP на 16,8% ($p < 0,05$). В группе контроля через 6 месяцев наблюдения отмечалось статистически значимое увеличение соотношения E/A на 3,2% ($p < 0,05$), а уровень NTproBNP снизился на 4,6% ($p < 0,05$).

Выводы: использование статико-динамических тренировок в комплексном лечении больных с ХСН и сохраненной систолической функцией позволяет снизить функциональный класс тяжести пациентов, позитивно влияет на морфометрические показатели сердца, что дополнительно подтверждается уменьшением уровня предшественника мозгового натрийуретического пептида крови.

IV-16 КОМПЛАЙЕНС БОЛЬНЫХ С КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Кутузова А.Э.^{1,2}, Демченко Е.А.¹

ФГУ ФЦСКиЭ им. В.А. Алмазова Росмедтехнологий¹, Санкт-Петербург, Россия; СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова², Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: оценка эффективности информирования и обучения больных осложненной и неосложненной ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. В исследование включено 515 больных, 297 из которых составили группу неосложненной ИБС, а 218 — группу пациентов с ИБС, осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН). На каждом из визитов к кардиологу, осуществляемых не реже 1 раза в 3 месяца, в группе ИБС проводились: клиническое обследование, при необходимости —

коррекция терапии, обучение и информирование больных в рамках индивидуального структурированного занятия. Приверженность к выполнению врачебных рекомендаций анализировалась на последующих визитах с помощью специально составленной анкеты. Пациенты с ХСН, находившиеся в специализированном кардиологическом отделении, в течение госпитального периода лечения обучались на цикле занятий, проводимых групповым методом в «школе пациента». Приверженность к «школьным» рекомендациям оценивалась у слушателей школы через 3, 6 и 12 месяцев после выписки из стационара с помощью опросника, содержащего самосообщение больных о приеме лекарственных препаратов, соблюдении водно-солевого режима и диеты, уровне физической активности, действиях по самоконтролю. Программа обучения, предлагаемая как на индивидуальных, так и на групповых занятиях, соответствовала общепринятой и включала в себя сведения о причинах возникновения и клиническом течении сердечно-сосудистых заболеваний, методах самоконтроля, основах восстановительного лечения и реабилитации. Психологические особенности слушателей школы оценивались с помощью шкал Спилберга, Зунга, Плутчика-Келлермана, Хейма.

Результаты. Приверженность к восстановительному лечению в группе ИБС повышалась по мере активизации врачебного наблюдения и утяжеления стенокардии до III-IV функционального класса тяжести. Обучение и информирование пациентов с ИБС способствовало росту комплаенса в группе до 86% случаев. 58% больных ИБС указывали на свою готовность к сотрудничеству с врачом, однако по результатам длительного (10-летнего) наблюдения приверженными к проводимым лечебно-реабилитационным мероприятиям оставались лишь 38,8% пациентов. Обучение в школе больного способствовало сохранению высокого уровня комплаенса (до 98% случаев в течение года наблюдения) и после появления у пациентов с ИБС признаков тяжелого жизнеугрожающего осложнения — ХСН. Наименьшую приверженность к восстановительному лечению демонстрировали больные с ХСН II-III функционального класса тяжести, сниженной сократительной способностью миокарда (фракция выброса $48 \pm 3,4\%$), невысоким уровнем образования, психологически напряженные, высокотревожные и с признаками депрессивного расстройства ($p = 0,034$; критерий Фишера: $p = 0,0022$).

Выводы. Полученные результаты подтверждают эффективность различных форм информирования и обучения (индивидуального и группового) больных с ИБС и ХСН. Комплаенс пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями ассоциирован с тяжестью соматической патологии. Приверженность к сотрудничеству с врачом больных ИБС, осложненной ХСН, связана с их индивидуальными особенностями: психологической дезадаптацией и напряженностью, тревожностью и депрессией.

IV-17 ПОДХОДЫ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПРАКТИКЕ КАРДИОЛОГА

Липчанская Т.П., Карпова Э.С., Котельникова Е.В.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий, Саратов, Россия

С современной точки зрения уровень состояния здоровья человека не только отражает уровень медицинской помощи, но и является следствием удовлетворения его потребностей, его адаптации в физической, психической и социальных сферах, и определяется качеством жизни (КЖ).

Целью исследования явилось изучение КЖ на амбулаторно-поликлиническом этапе у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), перенесших острый инфаркт миокарда, участвующих в программе кардиологической реабилитации.

В исследование включено 39 мужчин (ср. возраст $49,8 \pm 6,7$ лет) через 8 недель после перенесенного острого инфаркта миокарда. Больные основной (20 чел) и контрольной (19 чел.) групп были сравнимы по уровню образования и клиническому статусу, исходным показателям опросника КЖ (ВОЗ КЖ-100). Больным основной группы проводились физические тренировки умеренной интенсивности (60% от пороговой толерантности) 3-5 раз в неделю на фоне стандартной поддерживающей терапии. Все пациенты основной группы завершили курс ФТ и восстановили

трудовую деятельность. У 2-х пациентов (10,5%) контрольной группы зарегистрирован повторный инфаркт миокарда.

Через 6 месяцев участия в программе кардиологической реабилитации выполнения физических тренировок, определялось повышение толерантности к физической нагрузке у пациентов основной группы на 45,8%, контрольной группы на 33,3%. Суммарный показатель КЖ в основной группе после курса физической реабилитации повысился на 12,6%, и, в большей степени, зависел от динамики показателей физической, психологической и духовной сфер. Пациентами были отмечены – уменьшение физической боли на 24,6%, повышение жизненной активности и энергии на 12%, увеличение положительных эмоций на 26,3%, а так же повышение самооценки, улучшение когнитивных функций, улучшение личных отношений и сексуальной активности. Значительно (на 30%) увеличился показатель духовной сферы, отражающий роль личных убеждений и их влияние на собственную жизнь. Немаловажным было увеличение на 15% показателя, характеризующего «удовлетворенность и доступность медицинской и социальной помощью», на 20% показателя, отражающего удовлетворенность возможностью отдыха и развлечений. В то же время, у больных контрольной группы суммарный показатель КЖ уменьшился на 4,1% через 6 месяцев, что было обусловлено снижением уровня независимости, способности к работе на 12,4%, неудовлетворенностью практической социальной поддержкой на 11,9%, доступностью медицинской и социальной помощи на 8%, сохранением необходимости приема лекарств, а также снижением показателя духовной сферы на 10,6% на фоне не изменившихся показателей физической и психологической сфер.

Таким образом, применение комплексных реабилитационных программ у больных ИБС, перенесших острые коронарные события оказывает положительное влияние на физическое, психологическое и духовное состояние, способствует социальной адаптации. Динамика показателей КЖ по основным сферам функционирования человека, а также конкретных аспектов жизни, связанных с состоянием здоровья и медицинским вмешательством, дает основание оценивать по КЖ эффективность кардиологической реабилитации.

IV-18 РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПЛАВАНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Мандрыкин Ю.В., Подшибякин С.Е., Ильницкий И.В., Мицкевич И.Б.

ЦВКС «Архангельское», Москва, Россия

В сложном комплексе восстановительного лечения кардиохирургических больных важное место принадлежит физической реабилитации. В программах восстановительного лечения больных ИБС, перенесших аортокоронарное шунтирование (АКШ), физические тренировки используются, как правило, в виде дозированной ходьбы, лечебной гимнастики, тренировок на велоэргометре (тредмиле) и некоторые другие. Целью исследования явилась оценка эффективности реабилитационных мероприятий данной категории больных с включением в комплекс восстановительного лечения лечебного плавания.

Обследовано 130 больных ИБС, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования и поступивших на санаторный этап реабилитации на 20-40 (в среднем 32±4,3) день после операции. Все больные мужского пола в возрасте от 34 до 62 лет (средний возраст 49,7±3,1 год). Больные, были рандомизированы на две группы, сопоставимые по основным клинико-функциональным и психологическим характеристикам. Больным основной группы (70 чел) назначали лечебное плавание. Продолжительность курса лечения -15-18 сеансов. Больным контрольной группы (60 чел) проводили базисную терапию без применения лечебного плавания.

В начале и в конце курса лечения проводили велоэргометрические пробы и психологическое тестирование (тест СМОЛ).

Результаты исследований свидетельствуют, что курс лечебного плавания оказывал существенное влияние на толерантность к

физической нагрузке. В основной группе достоверно повысилась пороговая мощность (с 81,7±2,6 до 103,2±2,6 Вт, $P<0,001$) и объем выполненной работы (с 2531,4±138,2 до 3557,8±164,7 кгм/мин, $P<0,001$). Повышение толерантности к физической нагрузке происходило за счет как хронотропного (индекс хронотропного резерва сердца увеличился с 59,2±2,4 до 75,4±2,6 усл.ед., $P<0,01$), так и инотропного (индекс инотропного резерва сердца увеличился с 38,7±1,9 до 52,9±2,1 усл.ед., $P<0,01$). Увеличение двойного произведения (с 205,9±5,3 до 250,8±5,99 усл.ед., $P<0,001$) свидетельствует об улучшении потребления кислорода миокардом. В контрольной группе данные изменения были недостоверны.

Повторные психологические тестирования (тест СМОЛ) свидетельствуют, что после проведенного курса лечебного плавания улучшение психического состояния отмечено у большинства больных. Это выразилось в смягчении патологических синдромов, а в ряде случаев и в полной нормализации психологического профиля. При этом наиболее выраженные снижения уровня наблюдались по шкалам невротической триады и тревоги.

Вывод: включение лечебного плавания в комплекс восстановительного лечения больных ИБС, перенесших операцию АКШ отчетливо повышает эффективность реабилитационных мероприятий на санаторном этапе.

IV-19 ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В СТАЦИОНАРЕ

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

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

Многие годы сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются основной причиной смертности населения во многих странах, включая и Россию. Одной из форм профилактики ССЗ стали обучающие программы для пациентов – Школы здоровья, которые в нашей стране стали активно внедряться с 2001 г.

Цель: изучить возможность организации Школы для пациентов в реальных условиях стационара муниципальной больницы; выявить мотивацию пациентов к улучшению знаний о своем заболевании более активному сотрудничеству с врачами.

Методы: за период с октября 2007 г. по январь 2008 г. на базе кардиологического отделения МУЗ КБ№7 г. Перми для госпитализированных больных было организовано 7 циклов занятий в Школе здоровья, состоящих из 7 уроков, каждый из которых продолжался по 60-75 минут. Из 723 больных с ИБС и артериальной гипертензией (АГ), прошедших стационарное лечение, посетили занятия в Школе 214 (29,6%), из них 74 человека (35,5%) посетили от 2 до 7 занятий, наиболее часто 2-3 урока. 35 пациентов 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 (MLHFQ)).

Результаты: в группе обследования выявлены следующие факторы риска ССЗ: в 94% случаев была АГ, на момент госпитализации курили 11% пациентов. Средние значения индекса массы тела – 27,91±3,53 и общего холестерина – 5,8±1,51 ммоль/л превышали целевые значения. Дистанция при проведении теста 6-минутной ходьбы соответствовала I-II ФК сердечной недостаточности и в среднем составила 428,12±82,81 м. Тревожные состояния по шкале HADS выявлены у 15 человек (42,8%) – у 8 субклинически, а у 7 пациентов клинически выраженная тревога. Психологические проявления депрессии обнаружены у 12 пациентов (34,2%), причем у 9 человек субклинически, а у 3 клинически выраженная депрессия. Очевидно, что повышенный уровень тревоги мог послужить поводом для посещения занятий в Школе. Выявлена достоверная положительная корреляция между дистанцией в тесте 6-минутной ходьбы и уровнем тревоги ($r=0,41$), уровнем депрессии и частотой сердечных сокращений (ЧСС) ($r=0,46$), уровнями депрессии и общего холестерина

($r=0,43$); отрицательная корреляция выявлена между средней ЧСС и дистанцией теста 6-минутной ходьбы ($r=-0,4$).

Выводы: 1. Необходимо активно использовать стационарный этап лечения кардиологических больных для внедрения образовательных программ, особенно в современных сроках госпитализации ограничивает продолжительность цикла в Школе 4-5 занятиями. 2. Требуется дальнейшая работа, направленная на достижение непрерывности стационарного и амбулаторного этапов обучения пациентов с последующей коррекцией факторов риска ССЗ.

IV-20 ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Плечев В.В., Загидуллин Ш.З., Олейник Б.А., Галимов Р.М., Загидуллин Н.Ш., Загидуллин Б.И.

Башкирский государственный медицинский университет, Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Республика Башкирия

Цель исследования. Оценить эффективность этапной системы реабилитации и применения препарата с комплексным действием оксиметилурацила («Иммурега») в профилактике послеоперационных осложнений после хирургической реваскуляризации миокарда.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено у 123 больных ИБС, которым в 2005-2006 году в Республиканском кардиологическом диспансере была проведена хирургическая реваскуляризация миокарда. Все больные были мужчинами. Средний возраст составил $53,3 \pm 8,5$ лет. У всех больных исходно имелась стенокардия II-IV функционального класса. Среднее количество дистальных анастомозов на одного больного составило $2,3 \pm 0,9$. Под искусственным кровообращением реваскуляризация миокарда была проведена 42,8% пациентам, у 57,2% операция осуществлялась на работающем сердце. Инфаркт миокарда в анамнезе имели 74,3% больных.

Все больные были разделены на 3 группы методом стратификационной рандомизации. Группу 1 составили 42 больных, которые после операции коронарного шунтирования прошли трехэтапную реабилитацию по схеме: отделение хирургии сосудов – кардиологическое отделение ишемической болезни сердца – специализированное отделение санатория «Зеленая Роша». Реабилитационные мероприятия проводились согласно методикам, утвержденным МЗ и СР РФ. Во вторую группу вошли больные, которые в дополнении к стандартной терапии в течение 5 дней до операции и на 2 сутки после операции в течение 14 дней перорально принимали оксиметилурацил в дозе 500 мг 3 раза в сутки. Группы сравнения были сопоставимы по возрасту, полу, давности заболевания, функциональному классу стенокардии, количеству пораженных сосудов и клинико-функциональным показателям.

Результаты исследования. Peri- и послеоперационное применение «Иммурега» в процессе хирургической реваскуляризации миокарда у больных с ишемической болезнью сердца снизило частоту хирургических осложнений: в основной группе (группе 2) случаев инфаркта миокарда отмечено не было, в группе только с этапной реабилитацией (1-я группа) – 7,14%, в группе сравнения – 4,87%; случаев развития сердечной недостаточности во 2-й группе не зарегистрировано, в 1-й – 2,38%, в группе сравнения – 9,75%; мерцательная аритмия – 7,14% и 9,75% соответственно; серозный менингит – 0; 4,76%; 2,43%, перикардит – 0; 7,14; 4,87%, плеврит – 17,5%; 22,5 и 19,5%.

Выводы. Таким образом, анализ послеоперационных осложнений при использовании различных программ реабилитации больных после хирургической реваскуляризации миокарда свидетельствуют, что применение препарата «Иммурега» позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений и может быть рекомендовано для улучшения результатов хирургического лечения ишемической болезни сердца.

IV-21 ДИНАМИКА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ПРОЦЕССЕ САНАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Рожина Е. Ю., Смирнова Е. Н., Рязина И. Н., Губина Т.А.
ГОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава», ЗАО «Курорт Усть-Качка», Пермь, Россия

Сахарный диабет рассматривается как кардиоваскулярное заболевание с высоким сосудистым риском. Воспаление в сосудистой интима является одним из основных механизмов формирования и прогрессирования атеросклеротического поражения. Данные клинических исследований позволяют с уверенностью считать уровень С-реактивного протеина (СРП) плазмы достоверным и независимым предиктором сердечно-сосудистой заболеваемости.

Цель: изучить динамику липидного спектра и уровень маркера системного воспаления СРП у больных сахарным диабетом 2 типа (СД 2) в зависимости от исходной компенсации углеводного обмена после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) на этапе санаторной реабилитации.

Методы: обследовано 69 пациентов, перенесших ИМ и находящихся на реабилитации в кардиологическом санатории, из них 36 больных СД 2. Средний возраст – $55,73 \pm 6,9$ лет, индекс массы тела – $31,15 \pm 4,18$ кг/м². Средняя продолжительность диабета – $5,96 \pm 3,29$ лет, а у 8 человек диабет выявлен впервые во время (ИМ). Всем пациентам выполнены общеклинические и инструментальные методы исследования. Липидный спектр и уровень СРП анализировался во время острого периода ИМ и при выписке из кардиологического санатория. Лечение в санатории было комплексным и включало: медикаментозную (β -блокаторы, ингибиторы АПФ, нитраты, статины, антиагреганты), физическую реабилитацию (ЛФК, ходьба, подъем по лестнице) и физиолечение.

Результаты: уровень СРП у пациентов с СД 2 и без диабета достоверно не различался и был равен $4,54 \pm 1,76$ мг/л и $3,94 \pm 2,04$ мг/л соответственно, но был значительно выше уровня здоровых лиц ($1,36 \pm 0,71$ мг/л). Значение СРП было ниже у пациентов, находящихся на комбинированной терапии СД 2 метформином (М) в дозе 1000 мг и препаратами сульфонилмочевины (ПСМ), чем при лечении только ПСМ ($p=0,023$). Эти данные могут свидетельствовать о связи факторов воспаления и инсулинорезистентности, снижающейся при приеме М. При одинаковых значениях гликогеоглобина (HbA_{1c}) входной уровень липидов практически не зависел от варианта гипогликемической терапии.

Нами выявлено положительное корреляционное отношение между уровнями ОХС, ХС ЛПНП и СРП у пациентов СД 2 типа ($R=0,57 - 0,82$) ($p=0,041$).

У пациентов с компенсированным СД 2 (HbA_{1c} <7%) исходные значения ХС ЛПНП и ТГ были близки к оптимальным и значительно ниже, чем при HbA_{1c} >7%, но практически не изменились на фоне медикаментозной реабилитации. У пациентов с некомпенсированным углеводным обменом имелась выраженная положительная динамика при исходно высоких концентрациях ОХС (снижение на 25%) и ХС ЛПНП (снижение на 21%).

Выводы: на эффективность реабилитационных мероприятий после перенесенного ИМ у больных СД 2 могут оказывать влияние не только уровень компенсации углеводного обмена, но и предшествующая гипогликемизирующая терапия, влияющая на степень инсулинемии /инсулинрезистентности.

IV-22 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ САНАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

Рязина И.Н., Хабаров А.В., Гришина Л.В.
ГОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава», ЗАО «Курорт Усть-Качка», Пермь, Россия

Цель: изучить влияние комплекса реабилитационных мероприятий на клинико-функциональный статус и метаболические

показатели у больных ИБС после перенесенного инфаркта миокарда на санаторном этапе реабилитации.

Методы: в отделении реабилитации курорта «Усть-Качка» обследовано 109 человек, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), средний возраст $53,1 \pm 1,7$ лет. До и после курса реабилитации изучались показатели клинико-функционального состояния пациентов, данные суточного мониторирования ЭКГ, велоэргометрии (ВЭМ), эхокардиографии (Эхо-КГ), липидного спектра крови и коагулограммы. Все пациенты получали стандартное медикаментозное лечение (β -блокаторы, ИАПФ, статины, антиагреганты), участвовали в физических тренировках.

Результаты: в процессе санаторной реабилитации стенокардия отсутствовала у 94,9% пациентов. Стенокардия напряжения на уровне II ФК наблюдалась у 5% пациентов, в связи с развитием нестабильной стенокардии было реэвакуировано 5%. Положительная динамика ЭКГ отмечена у 93,2% пациентов из числа имевших исходные изменения. Наблюдалась тенденция к повышению толерантности к физической нагрузке по данным ВЭМ. Патологические нарушения ритма сердца при мониторировании ЭКГ в процессе реабилитации, в основном, были представлены желудочковой экстрасистолией – у 10,2% больных. По данным Эхо-КГ снижение фракции выброса левого желудочка (ФВ) менее 52% наблюдалось у 54,2%, менее 40% – у 6,8% пациентов. В динамике произошло достоверное увеличение сниженной ФВ левого желудочка с $48,9 \pm 0,68$ до $55,5 \pm 0,99$ ($p < 0,0002$), прирост составил 11,9%. У 66,7% пациентов из числа имевших снижение ФВ наблюдалась ее нормализация, у 19,4% – увеличение.

При повторном холтеровском мониторировании ЭКГ отмечалось значимое уменьшение суммарного времени ишемии – на 88,6% по сравнению с исходными данными.

Большинство пациентов имели нарушения в липидном спектре крови, проявлявшиеся высокими уровнями общего ХС – 33,9%, ХС ЛПНП – 52,5%, ТГ – 27,1% и низким уровнем ХС ЛПВП – 42,4% больных. У 22% пациентов выявлено сочетание повышенного уровня ХС ЛПНП с низким уровнем ХС ЛПВП – наиболее неблагоприятная комбинация. В процессе реабилитации наблюдалось снижение атерогенных показателей липидного профиля.

Нарушение гемостаза было представлено гиперфибриногемией у 28,8% пациентов. В динамике произошло достоверное уменьшение уровня фибриногена с $4,3 \pm 0,22$ до $3,4 \pm 0,11$ г/л ($p < 0,005$), снижение составило 20,9%. У 75% больных произошла нормализация исходно высоких значений.

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют о стабильном течении заболевания у большинства больных. У пациентов, перенесших ИМ, в процессе комплексной санаторной реабилитации отмечены улучшение клинико-функционального состояния, повышение толерантности к нагрузке, благоприятные сдвиги в липидном спектре крови и коагулограмме.

IV-23 ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ИБС НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Сергиенко Т.Н.¹, Скоробогатко М.В.¹, Цицура Т.Н.¹, Репин А.Н.¹, Перчаткин В.А.¹, Телкова И.Л.¹, Лебедева Е.В.², Розин А.И.²

ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН¹, Томск, Россия; ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН², Томск, Россия

Цель: оценить частоту и степень выраженности тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), а также определить дальнейшую тактику лечения выявленных нарушений.

Материал и методы: обследовано всего 90 больных, поступивших в отделение реабилитации больных ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, страдающих хронической ИБС. Из них 66,7% (n=60) составили мужчины и 33,3% (n=30) – женщины. Средний возраст больных $56,8 \pm 1,2$ лет. 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 про-

водилось тестирование по шкалам самооценки депрессии Бека и тревоги Шихана и проводилась консультация психиатра для определения способа коррекции ТДР.

Результаты: при скрининговом обследовании шкалой HADS выявлено наличие тревожных расстройств у 52,2% (n=47) больных, а депрессивных нарушений – у 36,7% (n=33). Причем проявления депрессии были клинически выраженными (более 11 баллов по шкале HADS) у 16,7% (n=15) от общего числа обследованных пациентов, а клинические проявления тревоги – у 20% (n=18) больных. При обследовании 49 больных, у которых по результатам тестирования по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS был выявлен повышенный уровень ТДР (более 8 баллов), средний уровень тревоги по шкале Шихана составил $35,8 \pm 3,3$ балла, а средний уровень депрессии по шкале Бека – $21 \pm 1,0$. При этом уровень качества жизни по шкале социального функционирования Шихана составил $36,9 \pm 1,0$, причем уровень социальной адаптации женщин оказался более высоким, чем у мужчин: $39,4 \pm 1,5$ vs $35,1 \pm 1,4$ ($p = 0,04$).

Медикаментозная коррекция антидепрессантами и противотревожными средствами потребовалась 69,4% (n=34) больных из 49 человек, проконсультированных психиатром. Групповая психотерапия потребовалась 6 больным, что составило 12,2% от числа больных с ТДР. Полученные результаты носят предварительный характер. Наблюдение за пациентами продолжается.

Заключение: На начальном этапе реабилитации установлено, что у больных хронической ИБС коронарная болезнь сочетается с депрессивными расстройствами в 36,7% случаев, а с тревожными – в 52,2%. Достаточно часто встречается сочетание тревожного и депрессивного расстройства. Медикаментозная коррекция потребовалась 69,4% пациентам из общего числа больных ИБС с выявленными ТДР. Таким образом, психосоциальная реабилитация больных ИБС является важным этапом восстановительного лечения больных ИБС. На основании полученных данных очевидно, что целесообразна совместная работа врача-кардиолога и психиатра на этапах реабилитации кардиологических больных.

IV-24 СОСТОЯНИЕ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ГРЯЗЕЛЕЧЕНИЯ

Смирнова И.Н., Шер И.И., Никонова Л.М., Васильева Н.В., Ляпунова И.Ю.

ФГУ «Томский НИИ курортологии и физиотерапии Росздрава», Томск, Россия

Грязелечение как метод патогенетического воздействия широко используется в восстановительном лечении больных с различными заболеваниями. Однако до настоящего времени отношение к пелоидотерапии в геронтологической практике было весьма осторожным, в первую очередь из-за возможной активации симпатoadренальной системы и как следствие, повышения нагрузки на сердце. Целью настоящего исследования явилось обоснование использования грязелечения в комплексном восстановительном лечении у больных ГБ старших возрастных групп.

Под наблюдением находились 82 пациентов ГБ, средний возраст составил $66,35 \pm 1,09$ лет (от 60 до 79 лет). Лечебный комплекс больных основной группы I состоял из магнито-лазерной терапии, электросна и аппликаций торфяной грязи низкой температуры на нижние или верхние конечности. В группе контроля II больные получали аналогичный комплекс лечения, но без пелоидотерапии. Регистрацию внутрисердечной гемодинамики осуществляли с использованием эхокардиографии (Эхо-КГ) по общепринятой методике, оценивали показатели: конечный систолический размер (КСР, см), конечный диастолический размер (КДР, см), фракцию выброса ЛЖ (ФВ, %), фракцию укорочения (ФУ, %). Из параметров, характеризующих диастолическую функцию ЛЖ, оценивали максимальную скорость раннего диастолического наполнения ЛЖ (Е, см/с), максимальную скорость позднего диастолического наполнения ЛЖ (А, см/с), соотношение Е к А (у.е.), время изоволюмического расслабления ЛЖ (ВИР, мс).

Анализ результатов исследования гемодинамических показателей показал наличие корригирующего влияния грязелечения: увеличение ФВ с $64,4 \pm 1,45$ до $65,8 \pm 1,11\%$ ($p < 0,05$); снижение КСО с $50,12 \pm 5,41$ до $44,9 \pm 4,35$, $p = 0,001$; снижение КДО с $136,6 \pm 8,39$ до $127,09 \pm 7,55$, $p = 0,001$. В группе II динамика данных показателей была достоверной. Улучшение трансмитрального кровотока подтверждалось снижением скорости позднего наполнения левого желудочка А с $0,85 \pm 0,034$ до $0,78 \pm 0,033$ сек ($p = 0,001$), скорость раннего наполнения Е увеличивалась достоверно, но соотношение Е/А увеличивалось, приближаясь к нормальным значениям ($0,93 \pm 0,049$ у.е.). Время изоволюмического расслабления миокарда у пожилых больных также достоверно уменьшалось.

Показатели центральной гемодинамики изменялись следующим образом: УО уменьшался с $86,8 \pm 3,04$ до $80,9 \pm 3,69$ мл ($p = 0,04$) в пределах нормальных значений, ОПСС с $1625,2 \pm 76,5$ до $1509,3 \pm 71,8$ дин*сек*см⁻⁵ ($p = 0,002$), что свидетельствовало об уменьшении постнагрузки на сердце и уменьшении потребности миокарда в кислороде. В группе контроля отмечалась только тенденция к снижению ОПСС.

Таким образом, включение пелоидотерапии в комплексное восстановительное лечение больных ГБ пожилого возраста обосновано, поскольку способствует улучшению систолической и диастолической функции миокарда левого желудочка.

IV-25 ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕЙРОАДАПТИВНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Смирнова И.Н., Шер И.И., Смирнов В.В.

ФГУ «Томский НИИ курортологии и физиотерапии Росздрава», Томск, Россия

Одним из патогенетических механизмов развития любой патологии, в том числе гипертонической болезни (ГБ), является нарушение адаптационных возможностей организма. Анализ состояния системы адаптации у больных ГБ показал наличие выраженного напряжения адаптационных механизмов, что требует дополнительной коррекции лечения. В качестве адаптогенного фактора нами был использован новый метод – СКЭНАР-терапия – низкочастотная нейрорадаптивная электростимуляция с биологической обратной связью.

Целью исследования явилось изучение эффективности нейрорадаптивной электростимуляции (СКЭНАР-терапии) в комплексном восстановительном лечении больных ГБ. Исследования выполнены у 104 больных ГБ. В комплекс восстановительного лечения включались радоновые ванны, массаж и методы биорезонансной терапии: в основной группе I (62 больных) СКЭНАР-терапия, в группе сравнения II (42 больных) – КВЧ-терапия. Критериями эффективности лечения служили: снижение АД не менее чем на 10% от исходного, нормализация адаптационных реакций (по Л.Х. Гаркави) и нарушений антиоксидантной защиты.

Гипотензивное действие было более выраженным в I группе: снижение офисных САД со $163,6 \pm 31,1$ до $131,5 \pm 11,04$ мм рт.ст. ($p < 0,0001$), ДАД – со $101,5 \pm 17,09$ до $82,2 \pm 7,54$ мм рт.ст. ($p < 0,0001$); во II группе – САД с $151,5 \pm 18,2$ до $127,8 \pm 10,18$ мм рт.ст. ($p < 0,0001$), ДАД с $94,6 \pm 11,48$ до $81,1 \pm 6,38$ мм рт.ст. ($p < 0,0001$). По данным суточного мониторирования АД имелись достоверные межгрупповые различия в пользу СКЭНАР-терапии по степени снижения среднего САД, среднего ДАД как в дневное, так и в ночное время. Отмечалась нормализация циркадианных ритмов АД в виде повышения суточного индекса САД с $7,7 \pm 2,98$ до $13,57 \pm 3,31$ мм рт.ст. ($p = 0,03$) и ДАД с $9,9 \pm 6,38$ до $12,38 \pm 2,99$ мм рт.ст., что свидетельствовало о росте числа больных с нормальным типом суточной кривой АД (dipper) на 36%. При применении КВЧ-терапии отмечалась только тенденция к улучшению показателей СМАД. Лечение с использованием СКЭНАР-терапии приводило к полному купированию нестабильных реакций переактивации и стресса и повышению частоты благоприятных реакций спокойной активации и тренировки как наиболее выгодных в плане расходования энергетических ре-

сурсов организма. При этом уровень общей неспецифической реактивности в этой группе повышался на 43% (в группе сравнения только на 23%). Более значимым было и позитивное влияние СКЭНАР-терапии на состояние системы ПОЛ: снижение частоты выявления повышенных значений МДА на 33,3% и повышение активности каталазы на 49% при нормализации исходно измененных показателей, тогда как в группе сравнения частота выявления и средние значения МДА и каталазы оставались на прежнем уровне.

Таким образом, СКЭНАР-терапия способствует усилению антиоксидантного, адаптогенного и гипотензивного действия восстановительного лечения больных ГБ и может с успехом применяться в кардиологии, физиотерапии и восстановительной медицине.

IV-26 ВРАЧЕБНЫЙ КОНТРОЛЬ НАД ЛИЦАМИ, ЗАНИМАЮЩИМИСЯ РЕГУЛЯРНОЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОГО ФИТНЕС-ЦЕНТРА

Субханбердина Ж.Е., Досебаев Б.К.

Сеть фитнес – клубов Fidelity, Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, Алматы, Казахстан

Врачебный контроль – неотъемлемый процесс первичного выявления лиц с высоким риском заболеваний из-за занятий двигательной активностью.

Цель работы: изучить влияние врачебного контроля на оздоровление и повышение физической работоспособности у лиц, занимающихся регулярной двигательной активностью в условиях современного фитнес-центра.

Материалы и методы: проведены первичные и повторные медицинские тесты лицам впервые приступившим к занятиям по системе физического фитнеса в клубах Fidelity (Самал, Ботанический) города Алматы в период с 01.04. по 01.07. 2007 года.

Спортивные медицинские тестирования включали в себя антропометрию с определением индекса массы тела, измерение АД, ЧСС в покое, в нагрузке и при восстановлении, тщательный сбор анамнеза по системам, тест на аэробную работоспособность, на определение максимального потребления кислорода (МПК), тест на мышечную выносливость, тест на гибкость.

Использовались оборудование: электронные ростомер и весы, тонометр, велоэргометр со встроенным программным обеспечением Cateye ergociser EC-3700 с наушным датчиком контроля ЧСС и функцией определения МПК, анализатор состава тела Tanita, программно-аппаратный комплекс Стресс-тест, мониторы сердечного ритма Polar.

Результаты исследований. Обследуемую группу составили 226 человек, 106 (46,9%) мужчин и 120 (53,1%) женщин в возрасте от 18 до 76 лет. По возрасту наибольшее представительство в возрастной группе 30-40 лет 86 (38%) человек, 38 (16%) мужчин и 48 (21%) женщин, и 18-30 лет 72 (31%) человека, 32 (14%) мужчин и 40 (17,6%) женщин соответственно. В группах 40–50 лет 36 (15,9%) человек, 16 (7%) мужчин и 20 (8,8%) женщин, и 50-60 лет 18 (7,9%) человек 7 (3%) мужчин и 11 (4,8%) женщин соответственно. Старше 60 лет 14 (6,1%) человек 5 (2,2%) мужчин и 9 (3,9%) женщин.

По результатам первичного тестирования с учетом данных осмотра и анамнеза всем обследуемым были присвоены категории: А – здоровые с хорошими результатами, В – относительно здоровые (заболевания не требующие особого контроля) с средними результатами, С – группа риска (заболевания требующие особого контроля) с низкими результатами, D – особый контингент (беременные и пожилые).

Соответственно присвоенным категориям были рекомендованы занятия двигательной активностью по основным компонентам физического фитнеса: кардио-респираторная выносливость, мышечная сила и выносливость, коррекция осанки и гибкость. С индивидуальным подбором интенсивности, продолжительности и регулярности занятий. Обязательным условием было соблюдение рекомендованных, по уровню МПК, тренировочных зон пульса.

При повторных (контрольных) медицинских тестированиях, проведенных через 3-4 месяца от начала регулярных занятий, наблюдалась достоверная положительная динамика по результатам тестов в большинстве (79,6%) наблюдений.

Выводы: врачебный контроль в условиях современного фитнес-центра является необходимой процедурой для выявления лиц группы риска, а также способствует положительному влиянию на оздоровление и повышение показателей физической работоспособности занимающихся.

IV-27 ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Филиппова Т.В., Зубова О.А., Ефремушкин Г.Г., Крячкова Т.В., Смирнова М.Д., Халтурина И.Г.

ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет Росздрава», Барнаул, Россия; Краевой госпиталь для ветеранов войн, Барнаул, Россия

Цель исследования: изучить влияние низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) на гемодинамические показатели у больных пожилого возраста с сердечно-сосудистой патологией.

В исследование включены 132 больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в возрасте от 60 до 89 лет (средний возраст $78,0 \pm 0,5$ года), 14 женщин и 118 мужчин. ИБС диагностирована у 117 (88,6%) больных, гипертоническая болезнь - у 118 (89,3%). У всех пациентов отмечена ХСН, средний функциональный класс ХСН $2,6 \pm 0,3$.

Больные рандомизированы в группы: основная - 82 больных, получавших в комплексной терапии НИЛИ, группа сравнения - 50 больных, получавших только фармакотерапию. В основной группе в зависимости от метода лечения НИЛИ 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 на кардиальные зоны Захарына-Геда в красном спектре излучения с аппарата «УЛФ-01» - 10 сеансов, С - 27 больных, получавших сочетанное лазерное облучение - поэтапно 5 сеансов ВЛОК, затем накожное облучение по указанной методике.

Исследование гемодинамики проводилось методом эхокардиографии на аппарате Vivid-7 (США) с интервалом в 20 дней в начале и конце курса лечения.

У больных основной группы за период лечения фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) возросла на 9,4% ($p < 0,05$), достоверно снизились конечный диастолический и конечный систолический размеры левого желудочка (КДР ЛЖ и КСР ЛЖ), в группе сравнения показатели значимо не изменились. Более выраженные позитивные изменения гемодинамики отмечены при использовании ВЛОК: в подгруппе А ФВ ЛЖ возросла на 12,6% ($p < 0,05$), в подгруппе С на 10,6% ($p < 0,05$), в подгруппах А и С достоверно снизились КДР ЛЖ и КСР ЛЖ. При накожном облучении ФВ ЛЖ возросла на 8,9% ($p < 0,05$), геометрические параметры сердца значимо не изменились. У 58 (43,9%) исследуемых больных выявлены признаки диастолической дисфункции левого желудочка. Достоверные позитивные изменения этих параметров произошли только у больных основной группы: соотношение Е/А возросло на 26,1% ($p < 0,05$), показатель IVRT снизился на 12,3% ($p < 0,05$).

Таким образом, включение НИЛИ в комплекс терапии больных пожилого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями приводит к благоприятной морфо-функциональной перестройке миокарда. Применение ВЛОК способствует более выраженным позитивным изменениям гемодинамики.

IV-28 РОЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Шестопалова И.М., Ткаченко Г.А.

ГУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, Москва, Россия

Несмотря на определенные успехи в терапии онкологических больных с сопутствующей ишемической болезнью сердца (ИБС), лечение таких пациентов, по-прежнему, остается одной из сложных клинических проблем, в том числе из-за нервно-психических нарушений, которые оказывают существенное влияние на развитие сердечно-сосудистых осложнений. Возникновение этих нарушений связаны с преморбидными особенностями личности, взаимно отягощающим течением заболеваний, этапом противоопухолевого лечения. Для терапии преобладающих тревожных, депрессивно-ипохондрических и соматических расстройств во многих случаях показаны психотерапевтические воздействия.

Цель настоящего исследования - изучение эффективности психотерапевтической методики в снижении уровня тревожности, нормализации эмоционального состояния и терапии инсомнии у онкологических больных с ИБС в условиях специализированного стационара.

Материал и методы исследования. Методика состоит из комбинации аутоэмоциональных ресурсов техник с поддержкой аудиальной модальности восприятия специальными музыкальными композициями и звуками.

Обследованы 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 $61,75 \pm 5,76$ года. Для анализа было сформировано две группы. Первая группа больных - 20 человек, каждому из которых был проведен курс из 10 сеансов психотерапии с использованием выше указанной методики. Контрольная группа - 20 человек - без психотерапевтической поддержки.

Психологическое состояние больных при госпитализации и после проведения курса психотерапии оценивалось с помощью тестов: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), тест дифференциальной самооценки функционального состояния (САН).

Результаты исследования. При первичном обследовании все больные имели высокий уровень тревожности, выраженные эмоциональные расстройства, 40% больных страдали психогенно обусловленной инсомнией. На фоне проведения сеансов психотерапии уровень тревожности достоверно снизился у больных первой группы ($p < 0,05$), у 60% больных этой группы уровень тревожности нормализовался. В контрольной группе показатели уровня тревожности существенно не менялись, в отдельных случаях отмечалось повышение.

Значительное улучшение психоэмоционального состояния отмечают 90% больных первой группы (САН), у 60% больных, страдающих инсомнией, был восстановлен нормальный сон. В контрольной группе показатели анализируемых шкал не менялись. Всем больным, страдающим инсомнией, была назначена медикаментозная седативная терапия.

Выводы. Настоящим исследованием доказана эффективность психотерапевтического метода в улучшении эмоционального состояния, снижении тревожности, возможности безлекарственной терапии инсомнии у больных злокачественными новообразованиями торако-абдоминальной локализации с сопутствующей ИБС.

IV-29 ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРАМИ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Шорохов К.Н., Никифоров В.С., Диденко М.В.

Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия

Целью данного исследования было изучить возможности динамического наблюдения за пациентами с постоянными электрокардиостимуляторами в процессе реабилитации.

Обследовано 38 пациентов (27 мужчин и 11 женщин) в возрасте $58,4 \pm 5,2$ лет с постоянными электрокардиостимуляторами в режиме DDDR. Эхокардиография с тканевой доплерографией миокарда выполнялась с помощью эхокардиографического

комплекса Vivid FIVE (GE Medical Systems) со специальной программой обработки изображений (EchoPAC). В первые сутки после имплантации электрокардиостимулятора и спустя 3 мес. выполнялась оценка гемодинамики и программирование оптимальных параметров. Для выбора оптимальной предсердно-желудочковой задержки использовалась формула Риттера.

Более отчетливая положительная динамика клинических и гемодинамических параметров в виде улучшения толерантности к физической нагрузке, увеличения фракции выброса наблюдалась у пациентов с менее выраженной диссинхронией левого желудочка и меньшими размерами левого предсердия. Через 3 мес. после имплантации электрокардиостимулятора подбор оптимальных показателей требовался 21% обследуемых. При анализе тканевой доплерограммы фиброзного кольца митрального клапана установлено, что оптимальной предсердно-желудочковой задержке по Риттеру соответствовали большие значения диастолических скоростей движения миокарда. На фоне оптимизации предсердно-желудочковой задержки отмечено улучшение самочувствия пациентов по шкале оценки клинического состояния, увеличение толерантности к физической нагрузке, увеличение систолических скоростей движения миокарда в области фиброзного кольца митрального клапана.

Таким образом, пациентам с постоянными электрокардиостимуляторами в процессе реабилитации показано динамическое наблюдение. Применение тканевой доплерографии миокарда представляет собой дополнительные возможности для оценки и оптимизации гемодинамических параметров.

IV-30 НЕОБХОДИМОСТЬ ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Яценко Н.И., Колбасников С.В.

ГОУ ВПО Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия

В связи с высокой распространенностью артериальной гипертензии (АГ) среди лиц трудоспособного возраста для решения экспертных вопросов, оценки адаптационных возможностей

организма и разработки адекватных профилактических мероприятий существует необходимость более полного и всестороннего изучения переносимости физических нагрузок с оценкой физической активности (ФА) и физической работоспособности (ФРС) с помощью нагрузочных тестов в зависимости от тяжести заболевания.

Цель. Определить взаимосвязь уровня ФА и ФРС у мужчин трудоспособного возраста с АГ.

Методы исследования. Обследовано 206 мужчин (40,5±3,5 лет) с АГ. Согласно классификации ВНОК (2004), АГ I стадии была у 72 человек, АГ II стадии – у 122, АГ III стадии – у 12. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы оценивали по данным бифункционального мониторинга ЭКГ и АД («Кардиотехника-4000», Инкарт, Санкт-Петербург), под контролем которого производилась лестничная проба с расчетом объема выполненной работы (ОВР, Дж·м), мощности (Р, Вт). Оценка ФРС осуществлялась с помощью велоэргометрии по стандартной методике с определением мощности на высоте нагрузки (Вт). Для оценки уровня ФА в баллах использовался «Опросник по оценке уровня ФА». Результаты представлены в виде $M \pm \sigma$.

Полученные результаты. У больных АГ I стадии (АД – 152±12,8/ 93,6±11,3 мм рт.ст.) ОВР составил 4332±61 кг·м, Р – 89,0±21Вт, мощность по ВЭМ – пробе – 146±12 Вт. Низкая ФА регистрировалась у 52%, средняя – у 30% и высокая – у 18% пациентов. Уровень ФА был средний 6,2±2,1 баллов.

У больных АГ II стадии (АД – 164,1±10,5/ 105,0±7,9 мм рт.ст.) ОВР был меньше – 3242±21 кг·м ($p<0,05$), Р – 72±18Вт ($p<0,05$), мощность по ВЭМ – пробе – 144±15 Вт. Низкая ФА регистрировалась у 57%, средняя – у 26%, высокая – у 17%. Уровень ФА был низкий – 5,5±3,6 баллов.

У больных АГ III стадии (АД – 176,2±13,7/ 102,2±8,9 мм рт.ст.) АГ наблюдалось дальнейшее снижение ОВР до 2705±193 кг·м ($p<0,05$), Р – до 60±11 Вт ($p<0,05$), мощности по ВЭМ – пробе до 142±10 Вт. Низкая ФА была у 75%, средняя – у 25%, высокая – не регистрировалась. Уровень ФА был еще ниже (3,7±2,8 баллов; $p<0,05$), чем в предыдущей группе.

Выводы. У мужчин трудоспособного возраста с АГ от I к III стадии заболевания нарастает снижение физической активности и физической работоспособности, что необходимо учитывать при осуществлении реабилитационных и профилактических мероприятий.