

I. ФУНДАМЕНТАЛЬНО-ПРИКЛАДНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

001 УРОВЕНЬ ФИБРИНОГЕНА И D-ДИМЕРА В КАЧЕСТВЕ ФАКТОРОВ РИСКА ГИПЕРКОАГУЛЯЦИОННОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Аникина Е. В., Кляшев С. М., Ксензова Т. И.

ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1», Тюмень, Россия

У больных с артериальной гипертонией (АГ) в качестве основного критерия прогноза заболевания и эффективности лечения традиционно используют величину артериального давления (АД). Однако в настоящее время снижение АД нельзя рассматривать как единственную цель гипотензивной терапии, поскольку АГ обычно сочетается с другими факторами риска, такими, как гиперкоагуляция. Значительную часть осложнений АГ составляют тромбогенные состояния, обусловленные нарушением в системе гемостаза. Важное место в патогенезе тромботических осложнений играет активация сосудистого-тромбоцитарного гемостаза и развитие гиперкоагуляционного синдрома, то есть состояние повышенной готовности циркулирующей крови к свертыванию. Данные изменения при АГ предшествуют тромбоэмболическим осложнениям, обычно, многие годы и десятилетия. У 56% больных развиваются тромбоэмболические состояния, а непосредственной причиной смерти являются тромбоэмболии в 49% случаев, геморрагии в 35%. В последние годы получены данные о прогностической значимости в развитии инсульта и инфаркта миокарда наряду с фибриногеном и специфического продукта деградации фибрина – D-димера.

Цель исследования: определить уровень показателей фибриногена и D-димера у больных с эссенциальной АГ 1 и 2 степени по данным лабораторных исследований.

Методы исследования: определение фибриногена и D-димера проводилось методом латексной агглютинации на коагуляционном анализаторе STA Compact фирмы Roche.

Полученные результаты: в исследование были включены 30 больных эссенциальной АГ 1-й и 2-й степени согласно критериям Всемирной организации здравоохранения и Международного общества по артериальной гипертензии, в том числе 18 женщин и 12 мужчин в возрасте от 32 до 69 лет (в среднем – 53,6±6,8 года) и 25 практически здоровых людей в качестве контрольной группы. Повышение уровня D-димера до 0,71±0,06 µg/ml (референсные значения 0,00–0,50 µg/ml) выявлялось в 68,9% случаев среди пациентов с АГ даже при отсутствии клинических данных о тромботических осложнениях в период обследования. При сравнении по данному показателю было выявлено статистически значимое различие между двумя изучаемыми группами (p=0,001). Анализ полученных данных выявил достоверное повышение уровней фибриногена до 431±0,96 mg/dl (референсные границы 200–400 mg/dl) у больных с АГ по сравнению с контролем (p<0,05).

Выводы: таким образом, по результатам исследований выявлены нарушения в системе гемостаза в виде повышения уровней фибриногена и D-димера у больных с эссенциальной АГ 1 и 2 степени. Диагностика и коррекция этих изменений поможет улучшить клиническое течение и прогноз заболевания. Можно предположить, что дальнейшее изучение этой проблемы приведет к разработке новых подходов к предупреждению и лечению сердечно-сосудистых нарушений.

002 КОРРЕКЦИЯ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Арингазина Р. А.

ЗКГМУ имени Марата Оспанова, Актобе, Республика Казахстан

Функциональное состояние эндотелия сосудов регулирует местные процессы гемостаза, пролиферации, миграции клеток крови в сосудистую систему и тонус сосудов. По совре-

менным представлениям изменение функции эндотелия сосудов приводящее к нарушению высвобождения эндотелиальными клетками эндогенного NO, возможно, является одним из патогенетических механизмов становления и стабилизации артериального давления (АД) на высоком уровне, особенно при артериальной гипертензии.

Цель: определение содержания одного из метаболитов эндогенного оксида азота нитрита (NO₂) в крови и тонуса сосудов у больных артериальной гипертонией 2 степени.

Методы исследования: с целью изучения функционального состояния эндотелия у 47 больных артериальной гипертонией 2 степени по методике Б. В. Карпюк определено содержание NO₂ в периферической венозной крови. Применялся спектрофотометрический метод (СФ – 46) при длине 538 нм, использован реактив Грисса. Для определения тонуса сосудов проводилось реографическое исследование сосудов головного мозга (РЭГ). Данные сравнивались с показателями контрольной группы.

Полученные результаты: уровень нитрита в контрольной группе больных был равен 4,037±0,16 мкмоль/л (Δ=1,000). У обследованных больных среднее значение нитрита в целом было ниже нормы и составляло 2,76±0,14 мкмоль/л (31,6%) и показало достоверное различие с контрольной группой (p<0,001). При анализе по уровню нитрита в периферической крови были выделены больные с низким уровнем NO₂ (2,16±0,21 мкмоль/л) у 42 больных (89,4%) и высоким у 5 (10,6%) (7,7±0,5 мкмоль/л). Результаты РЭГ показали следующие изменения: среди больных с низким содержанием NO₂ показатель кровенаполнения (РИ, отн.ед.) составил в среднем 0,65±0,04 отн.ед., показатели тонуса сосудов анакрота (α, сек) – 0,24±0,01 сек., отношение анакроты ко всей длине револвны (α/Т,%) – 23,3±0,15%, а у больных с высоким содержанием NO₂ показатель кровенаполнения (РИ, отн.ед.) составил в среднем 0,84±0,02 отн.ед., анакрота (α, сек) – 0,24±0,03 сек., отношение анакроты ко всей длине револвны (α/Т,%) – 26,9±0,20%. Анализ результатов показал, что кровенаполнение сосудов головного мозга снижается с уменьшением концентрации NO₂ в крови.

Выводы: определяя уровень одного из стабильных метаболитов оксида азота – нитрита в периферической венозной крови у больных АГ 2 степени можно косвенно предполагать о функциональном состоянии эндотелия артерии – снижение выработки эндогенного оксида азота эндотелиальными клетками сопровождается резким повышением реографических признаков тонуса сосудов и приводит к снижению кровенаполнения сосудов головного мозга. Данные методы исследования можно использовать при назначении антигипертензивной терапии больным с АГ для коррекции дисфункции эндотелия, профилактики сосудистых осложнений со стороны сосудов головного мозга.

003 ГЕН АПОЛИПОПРОТЕИНА А1 И ДИСЛИПИДЕМИЯ У ПОДРОСТКОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ РАЗНЫХ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУПП

Баирова Т. А.¹, Долгих В. В.¹, Колесникова Л. И.¹, Кожевников В. В.²

ФГБУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека» СО РАМН¹, Иркутск; Министерство здравоохранения Республики Бурятия², Иркутск, Россия

Цель. Оценить вклад инсерционно-делеционного полиморфизма (I/D) гена апополипротеина А1 в реализацию дислипидемии у подростков с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ) разных этнических групп.

Методы исследования. Обследовано 399 подростков двух основных этнических групп, проживающих в Республике Бурятия: коренная бурятская и пришлая славянская. 173 подростка составили группу популяционного контроля, в том

числе коренной этногруппы – 79 (45,7%) и пришлой – 94 (54,3%). Средний возраст 15,12±2,71 лет. Вторую группу наблюдения составили 226 подростков с верифицированным диагнозом ЭАГ, в том числе 144 подростка некоренной и 82 подростка – коренной этногруппы. Средний возраст – 16,22±1,14 лет.

Уровень общего холестерина (ХС), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП) и триглицеридов (ТГ) в сыворотке крови определяли ферментативным методом на автоанализаторе «Diana» («Carmay» (Польша) с использованием реактивов фирмы «Carmay» (Польша). Содержание холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП) определяли по формуле: $OXC = (ХС-ЛПВП + ХС-ЛПНП)$.

Выделение тотальной ДНК проводили из образцов цельной венозной крови с помощью неэнзиматического метода. Исследование I/D полиморфизма проводили с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) с использованием комплектов реагентов «SNP экспресс» («Литех») по протоколу производителя.

Полученные результаты. В группе подростков популяционного контроля пришлой этногруппы распространенность D-аллеля составила 7,9%, среди пациентов – 9,8% ($p=0,493$). В группе подростков коренной этногруппы показатели составили соответственно 8,2% и 8,0% ($p=1,000$).

С помощью обобщенных линейных моделей показано:

Содержание ТГ = $1,552 + (-0,653 \text{ ApoA1 (II)})$

Статистическая значимость модели $F=7,174$ $p=0,009$

Общий вклад всех зависимых переменных на независимую = 9,4%

Содержание ХС-ЛПНП = $0,613 + (-0,189 \text{ Apo A1 (II)})$

Статистическая значимость модели $F=4,738$ $p=0,033$

Общий вклад всех зависимых переменных на независимую = 6,3%

Суточный индекс диастолического АД = $21,930 + (-9,407 \text{ ApoA1 (II)})$

Статистическая значимость модели $F=4,356$ $p=0,046$

Общий вклад всех зависимых переменных на независимую = 13,5%

Анализ основных показателей липидного обмена у пациентов коренной этногруппы – носителей разных генотипов инсерционно-делеционного полиморфизма гена аполипопротеина А1 статистически значимых различий не выявил как по уровню триглицеридов, ХС-ЛПВП, так и по показателю суточного индекса.

Выводы. I/D полиморфизм гена аполипопротеина А1 следует отнести к этнодифференцированным генетическим маркерам дислипидемии.

004 УРОВЕНЬ ФРУКТОЗАМИНА – ПРЕДИКТОР РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Безденежных Н. А., Сумин А. Н., Байракова Ю. В., Баздырев Е. Д., Кузьмина А. А., Малева О. В., Каличенко Н. А., Барбараш О. Л.

ФГБУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

Раневые осложнения коронарного шунтирования (КШ) чаще встречаются у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа и имеют наиболее тесную связь с углеводным обменом. В настоящее время для предоперационной оценки компенсации углеводного обмена используется гликированный гемоглобин (HbA1c) и суточный контроль гликемии. Существует маркер, отражающий колебания глюкозы не за 3 месяца, как HbA1c, а за 2–3 недели, предшествующие исследованию – фруктозамин сыворотки крови. Несмотря на видимые преимущества фруктозамина, его использование в предоперационной подготовке пациентов с СД 2 и прогнозировании исходов КШ изучено недостаточно.

Цель. Изучить связь уровня фруктозамина и других показателей углеводного обмена с частотой осложнениями со стороны стеральной раны после КШ у пациентов с СД 2 типа.

Материал и методы. Обследованы 39 пациентов с СД 2 типа, подвергшихся КШ (77% мужчин, 23% женщин, медиана возраста 59±6,0 лет (здесь и далее все количественные данные представлены в виде медианы и межквартильного размаха – Me±Q). Всем пациентам при поступлении в стационар проводился контроль гликемического профиля, определение HbA1c с гемолизированной цельной крови турбидиметрическим ингибиторным иммуноанализом, определение фруктозамина сыворотки крови кинетическим колориметрическим методом. Для оценки связи признака с изучаемым исходом использовался логистический регрессионный анализ. Критический уровень значимости (p) принимался равным 0,05.

Результаты. Операции в условиях искусственного кровообращения проводились 77,8% пациентов, остальным выполнялись операции на работающем сердце. 95% пациентов до госпитализации получали пероральные антигипергликемические препараты, 5% – инсулин. Медиана гликемии натощак при поступлении в стационар составила 6,77 (±1,9) ммоль/л, медиана постпрандиальной гликемии – 8,9 (±3,6) ммоль/л. Медиана HbA1c составила 6,2 (±1,4)%. Медиана фруктозамина составила 253 мкмоль/л. HbA1c с выше 7% был выявлен у 9 пациентов (23%), уровень фруктозамина выше 285 мкмоль/л был выявлен у 6 пациентов (15,3%). Осложнения со стороны послеоперационной раны были выявлены у 3 пациентов (2 случая длительной экссудации из стеральной раны, 1 случай краевого некроза кожных краев раны). При применении логистической регрессии выявлено, что уровень фруктозамина является значимым предиктором раневых осложнений у пациентов с СД, причем при повышении его на каждые 10 мкмоль/л частота раневых осложнений увеличивалась в 1,4 раза ($OR=1,362$; 95%ДИ 1,011–1,973; $p=0,04$). В то же время ни уровень гликированного гемоглобина, ни средние значения тощаковой и постпрандиальной гликемии такой связи не показали ($p>0,05$).

Выводы. Уровень фруктозамина сыворотки крови является значимым предиктором раневых осложнений КШ у пациентов с СД. Данный показатель может использоваться в предоперационной подготовке пациентов с СД 2 типа и быть одним из инструментов прогнозирования послеоперационных осложнений у данной группы пациентов.

005 ГЕН-ГЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ГЕНОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЧЕК

Беляева Е. В., Колесникова Л. И., Долгих В. В., Астахова Т. А., Альбот В. В.

ФГБУ «НЦ Проблем здоровья семьи и репродукции человека» СО РАМН, Иркутск, Россия

Цель исследования: выявить значимые генотипы формирования артериальной гипертензии (АГ) у детей с гломеруло-нефритом (ГН) при сочетанном носительстве двух генов ренин-ангиотензиновой системы: гена ангиотензинпревращающего фермента (ACE) и гена рецептора 1-типа к ангиотензину (AGTR1).

Материал и методы: основную группу нашего исследования составили 47 детей с ГН, среди них 35 детей с ГН и АГ, и 12 детей с ГН без АГ. Контрольную группу составили 51 практически здоровых ребенка. Сравнимые группы сопоставимы по полу и возрасту. В работе с группами детей и подростков соблюдались этические принципы, предъявляемые Хельсинкской Декларацией Всемирной медицинской ассоциации (World Medical Association Declaration of Helsinki (1964, 2000 ред.)).

Материалом для исследования полиморфизмов генов служила ДНК, выделенная сорбентным методом из образцов венозной крови, смешанной с антикоагулянтом. Амплификацию участков ДНК с последующей рестрикцией

проводили методом ПЦР. Детекцию продуктов амплификации и рестрикции осуществляли в 7% акриламидном геле.

Математическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 6.1 (StatSoft, USA). Различия считали статистически значимыми при $P < 0,05$.

Полученные результаты: в первом этапе исследования мы проанализировали частоту встречаемости 9 возможных вариантов сочетаний генотипов двух генов ренин-ангиотензиновой системы *ACE* и *AGTR1* в сравниваемых группах. Оказалось, что носители генотипов, в которых присутствует гомозиготный по мутантному аллелю *CC* генотип гена *AGTR1*, были представлены единичными случаями либо отсутствовали. Поэтому в дальнейшем мы объединили следующие варианты сочетания генотипов: *II/AC* и *II/CC*, *ID/AC* и *ID/CC*, *DD/AC* и *DD/CC*. Таким образом, в дальнейшем мы проанализировали частоту встречаемости 6 вариантов сочетания генотипов у детей с гломерулонефритом и различным уровнем артериального давления и в контрольной группе детей.

Статистически значимые отличия между исследованными группами детей были получены по генотипу *DD/AA*, в котором присутствует гомозиготный по делеции *DD* генотип гена *ACE* и гомозиготный по нормальному аллелю *AA* генотип гена *AGTR1*. В группе детей с ГН и АГ он наблюдается с наибольшей частотой 42,9%. В группе детей с ГН без АГ такой генотип встречается в 5 раз реже, с частотой 8,3% ($p = 0,0205$). В группе здоровых детей в 2,2 раза реже, по сравнению с группой детей с ГН и АГ, и наблюдается с частотой 19,6%, ($p = 0,0218$).

Выводы: согласно результатам нашего исследования генотип *DD/AA* предрасполагает к развитию АГ при ГН и может использоваться как прогностический маркер.

006 ИЗМЕНЕНИЕ СКОРОСТНЫХ И ВРЕМЕННЫХ ПАРАМЕТРОВ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Бозина Е. Э., Кляшева Ю. М., Кляшев С. М., Шабанова Л. В., Малых И. А.

ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздравсоцразвития РФ, Тюмень, Россия

Цель. Оценить изменения параметров диастолической функции желудочков сердца по данным доплерэхокардиографии у больных системной красной волчанкой (СКВ).

Материал и методы. Обследовано 82 больных женского пола с достоверной СКВ с минимальной или умеренной активностью, наблюдавшихся в Тюменском областном ревматологическом центре. Средний возраст больных составил $41,9 \pm 12,6$ лет, средняя длительность заболевания СКВ — $10,1 \pm 3,1$ лет. Контрольную группу составили 30 практически здоровых исследуемых женщин. В обеих группах исследуемые имели один или несколько факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (курение, нарушение липидного обмена, избыточная масса тела, гиподинамия, стресс и т.д.). По выраженности данных факторов, а также по возрасту группы были сопоставимы. Для изучения диастолического наполнения левого желудочка (ЛЖ) и правого желудочка (ПЖ) с помощью доплерэхокардиографии в импульсном режиме исследовался трансмитральный и транстрикуспидальный кровоток. Рассчитывались следующие показатели диастолического наполнения желудочков: Елж и Епж, м/с — максимальная скорость раннего диастолического наполнения ЛЖ и ПЖ соответственно; Алж и Апж, м/с — максимальная скорость предсердного диастолического наполнения ЛЖ и ПЖ соответственно; Е/Алж и Е/Апж — отношение скоростей Е/А ЛЖ и ПЖ соответственно; ДТлж, мс — время замедления потока в фазу раннего наполнения ЛЖ, IVRTлж, мс — время изоволюметрического расслабления ЛЖ.

Результаты. Согласно полученным данным, при сравнении группы больных СКВ с группой здоровых лиц наблюдались достоверные различия показателей диастолической функции желудочков. У больных СКВ отмечено снижение

Елж ($p < 0,001$), Е/Алж ($p < 0,001$), повышение Алж ($p < 0,05$) в сравнении с группой здоровых лиц. При анализе временных параметров диастолической функции ЛЖ в группе больных СКВ определялось достоверное повышение ДТлж ($p < 0,001$), IVRTлж ($p < 0,01$) в сравнении с группой здоровых. Оценка диастолической функции ПЖ показала достоверное увеличение Епж ($p < 0,001$) и Е/Апж ($p < 0,001$) в группе больных СКВ. Анализ частоты нарушений диастолической функции желудочков сердца показал, что в группе больных СКВ у 44 (53,7%) больных отмечалось нарушение диастолической функции ЛЖ, у 36 (43,9%) — нарушение диастолической функции ПЖ. Нарушения диастолической функции желудочков сердца происходили по I типу (замедленной релаксации).

Выводы. Таким образом, по данным доплерэхокардиографии у больных СКВ в большинстве случаев по сравнению со здоровыми лицами выявлялась диастолическая дисфункция желудочков сердца, являющаяся доклиническим маркером кардиоваскулярных заболеваний.

007 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST, С НОРМАЛЬНОЙ, ПОВЫШЕННОЙ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Бородкина Д. А.¹, Квиткова Л. В.¹, Груздева О. В.², Барбараш О. Л.^{1,2}, Жаркова О. Н.³

¹ ГБОУ КемГМА Минздравсоцразвития России, Кемерово; ² ФГБУ НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово; ³ ГБУЗ Кемеровская Областная Клиническая Больница, Кемерово, Россия

Цель работы. Изучить характер поражения коронарных артерий у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST с нормальной, повышенной и избыточной массой тела.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены мужчины — 77 (76,2%), женщины — 24 человека (23,8%). Средний возраст составил — 60,7 ($52,2 - 71,1$) лет ($p > 0,05$). У всех больных определен индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), проводилась коронарография. За стеноз коронарной артерии принимали сужение диаметра сосуда на 50% и более. Для оценки чувствительности тканей к ишемии использовали: индекс НОМА на 1-е и 12-е сутки, ИР фиксировали при значениях $\text{НОМА-R} > 2,77$. По результатам антропометрических исследований сформированы 3 группы: нормальная масса тела ($\text{ИМТ} < 25 \text{ кг/м}^2$) — 1 группа ($n = 32$); избыточная масса тела ($25 \text{ кг/м}^2 \leq \text{ИМТ} < 30 \text{ кг/м}^2$) — 2-я группа ($n = 42$), ожирение ($\text{ИМТ} \geq 30 \text{ кг/м}^2$) — 3-я группа ($n = 27$). Полученные данные обработаны с использованием пакета прикладных статистических программ Statistica 6.0. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения: у большинства пациентов, независимо от ИМТ, показатель ОТ превышал верхнюю границу гендерной нормы: в 1 группе — у 68,75%, во 2-й группе — у 83,33%, в 3-й группе — у 88,89% ($p = 0,00$). По данным индекса НОМА ИР в 1-е сутки определена у 50% больных 1-й группы, у 57,1% — 2-й группы и у 62,2% — 3-й группы ($p = 0,36$). На 12-е сутки ИМ у большинства больных ИР сохранялась в 1-й, 2-й, 3-й группе составила соответственно: 43,7% ($n = 14$), 45,2% ($n = 19$), 51,8% ($n = 14$) ($p = 0,12$), что позволяет исключить стресс как причину ее возникновения. Результаты ангиографического исследования не отличались у пациентов разных групп ни по количеству пораженных сосудов. Так, поражение одного сосуда зарегистрировано у 40,6% ($n = 13$) пациентов 1-й группы, 26% ($n = 11$) пациентов 2-й группы и 33,3% ($n = 9$) пациентов 3-й группы ($p = 0,82$). Поражение 2-х сосудов — у 31,6% ($n = 10$) пациентов 1-й группы, 42,8% ($n = 18$) пациентов 2-й группы и 14,8% ($n = 4$) пациентов 3-й группы ($p = 0,84$). А многососудистое поражение — у 28,1% ($n = 9$) пациентов 1-й группы, 19% ($n = 8$) пациентов 2-й группы и 29% ($n = 8$) пациентов 3-й группы ($p = 0,9$). При проведении корре-

ляционного анализа прослеживается прямая корреляционная связь между индексом НОМА на 1-е и 12-е сутки и числом пораженных артерий во всех исследуемых группах: в 1-й ($r=5,2$; $p=0,00$), 2-й ($r=6,5$; $p=0,00$), 3-й ($r=4,29$; $p=0,00$) группах на 1-е сутки и на 12-е соответственно: ($r=1,85$; $p=0,04$), ($r=8,8$; $p=0,04$), ($r=3,82$; $p=0,00$).

Выводы. 1. Более чем у половины пациентов 53,2% ($n=57$) с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, независимо от ИМТ обнаружены увеличение ОТ и стойкая ИР.

2. Характер поражения коронарного русла не отличается у пациентов с различной массой тела.

3. Выявлена прямая корреляционная связь между числом пораженных атеросклерозом артерий и стойкостью ИР у пациентов с увеличенной ОТ во всех исследуемых группах.

008 ИЗМЕНЕНИЯ ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСА ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Бубликов Д. С., Воробьева Е. Н., Ефремушкина А. А., Батанина И. А.

ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Миздровсоцразвития России, НУЗ Отделенческая больница на ст. Барнаул, Барнаул, Россия

Оксидативный стресс (дисбаланс между оксидантами и антиоксидантами) — основа патогенеза многих заболеваний. Целью исследования явилось изучение соотношения компонентов оксидативного стресса и антиоксидантной защиты у больных с установленным диагнозом сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Материал и методы. Было обследовано 68 пациентов в возрасте от 49 до 58 лет из неорганизованной выборки с верифицированным диагнозом ИБС. Контролем служили обследованные без клинических признаков ССЗ той же возрастной группы. Оксидантный статус оценивали по окисленным липопротеинам низкой плотности (оксид ЛПНП), которые определяли иммуноферментным методом реагентами Mercodia (ELISA), а также по продуктам перекисного окисления — малоновому диальдегиду (МДА) (Assay Kit OXY TEK). Антиоксидантный статус регистрировали по общей антиоксидантной способности (микропланшетным колориметрическим тестом Labor Diagnostika Nord GmbH & Co, KG Nordthm, Germany), а также по активности каталазы методом ингибирования окисления молибдата натрия перекисью водорода.

Результаты. Отмечено достоверное повышение уровня оксид ЛПНП и тиобарбитуратреактивных продуктов перекисного окисления (МДА), а также снижение индикаторов антиоксидантного профиля — общей антиоксидантной способности. Кроме того, определена достоверная редукция активности одного из ведущих антиоксидантных ферментов — каталазы.

Выводы. Следовательно, показатели оксидантно-антиоксидантного статуса могут выступать в качестве дополнительных диагностических маркеров при обследовании больных с ССЗ.

009 ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КАРМАННОГО УЗ СКАНЕРА В КАРДИОЛОГИИ

Бушмелев А. С., Самарцев Г. А.

ФГБУ «Клиническая больница» УД Президента РФ, Москва, Россия

Цель работы. Оценить область предпочтительного использования карманного УЗ сканера у стационарных больных кардиологического профиля.

Материалы и методы. УЗ аппаратом Vscan (GE) проведен ряд исследований (сердце, брюшная аорта, плевральные полости) врачами УЗ диагностики и врачами клиницистами в условиях кардиологического, кардиохирургического и реанимационных отделений. Определялись размеры полостей сердца; оценивались клапаны, глобальная и локальная сокра-

тимость, наличие клапанных регургитаций методом цветного картирования; определялось наличие гидроперикарда, гидроторакса. При значимых УЗ находках (сомнениях) проводилось повторное исследование на стационарном (мобильном) аппарате.

Результаты. Исходя из особенностей данного карманного УЗ сканера (только 2D режим, отсутствие спектрального Допплера, последующий обсчет на компьютере), были определены области его предпочтительного использования в условиях стационара: а) динамический контроль размеров полостей сердца, сократимости ЛЖ, наличие/отсутствие гидроперикарда, гидроторакса, клапанных регургитаций б) отбор пациентов, нуждающихся в УЗ исследованиях на стационарных/мобильных аппаратах в) акцентирование при последующем полноценном УЗ исследовании на ту или иную находку г) экстренная УЗ оценка в некоторых urgentных ситуациях.

При использовании карманного УЗ сканера были выявлены следующие проблемы: а) неполный спектр УЗ исследования из-за аппаратных возможностей б) не ясна валидность исследований, выполненных врачами, не имеющими сертификата по УЗИ в) временные затраты при последующем обсчете данных на компьютере г) невысокая заинтересованность врачей (легче направить на УЗИ) д) несовершенство защитного чехла прибора.

Выводы. Данный карманный УЗ сканер не заменяет полноценное УЗ обследование и ограничен в своих возможностях, поэтому применение его в качестве заключительного этапа УЗ диагностики у больных кардиологического профиля проблематично. Тем не менее, врачи клиницисты могут использовать его как дополнение при физикальном обследовании, осуществлять динамический контроль ситуации, проводить отбор больных для последующего УЗИ. Возможна экстренная оценка в некоторых urgentных ситуациях.

010 ОСОБЕННОСТИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИХ ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Васильев А. П., Стрельцова Н. Н., Секисова М. А.

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

Цель работы. Изучить особенности функционального состояния микроциркуляции (МЦ) у больных артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с сахарным диабетом 2 типа (СД) и оценить их патогенетическое значение.

Материалы и методы. В исследование включены 73 больных АГ I–II степени в возрасте 37–65, лет обоего пола, из которых были сформированы 2 группы. В 1 группу ($n=27$) вошли пациенты без СД и ожирения. 2 группу ($n=46$) составили больные с сопутствующим СД и признаками метаболического синдрома по критериям национального института здоровья США — АТР III. Группу контроля (ГК; $n=27$) составили практически здоровые лица. МЦ кожи левого предплечья исследовали методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ). Оценивали следующие показатели: интегральный показатель тканевой гемоперфузии (ПМ), среднеквадратичное отклонение колебаний перфузии (СКО). В ходе амплитудно-частотного анализа оценивали параметры, отражающие эндотелиальную, нейрогенную, миогенную активность микрососудов (МС), выраженность пульсового кровенаполнения МС русла и венозный отток. Определялись также величина миогенного тонуса (МТ), показатель шунтирования (ПШ) и резерв капиллярного кровотока (РКК).

Результаты. У больных 1 группы выявлен достоверно более высокий показатель МТ по сравнению с ГК ($2,7 \pm 0,2$ ед против $2,3 \pm 0,1$ ед). Объем тканевой гемоперфузии в условиях констрикции МС отчасти компенсировался интенсификацией пульсового кровенаполнения и респираторного фактора, то есть пассивных механизмов регуляции микрокровотока. У пациентов 1 группы выявлено также снижение РКК

на 16,7%, что свидетельствует об эндотелиальной дисфункции. В целом МЦ у больных АГ характеризовалась преобладанием спастических реакций и снижением функциональной плотности МС русла. Во 2 группе больных обнаружены более грубые изменения МЦ картины, характеризующиеся достоверным снижением амплитуды колебаний кровотока в эндотелиальном и миогенном спектрах на 23,5% и 31,2% по сравнению с пациентами 1 группы. Увеличение показателя МТ на 34,6% указывает на выраженный спазм прекапилляров, а возрастание ПШ на 41,3% свидетельствует о преобладании непродуктивной МЦ, в обход капиллярному руслу. Кроме того, установлено еще большее снижение РКК — на 23% по сравнению с пациентами 1 группы, что указывает на выраженную депрессию эндотелиальной функции, уменьшение плотности МС, грубые нарушения реологических свойств крови.

Выводы. Таким образом, длительное патогенное воздействие гипергликемии и факторов метаболического синдрома приводит к выраженным морфо-функциональным нарушениям МЦ, что может являться мощным фактором развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний.

011 ВЗАИМОСВЯЗЬ ИНДЕКСА ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА С ПАРАМЕТРАМИ ПОЛИФУНКЦИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С МЯГКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Венецева Ю. Л., Казидеева Е. Н., Мельников А. Х., Хренов П. А.

Медицинский институт Тульского государственного университета, Тула, Россия

Избыточная масса тела (МТ) традиционно считается фактором риска артериальной гипертензии (АГ) и нарушений дыхания в виде синдрома обструктивного апноэ сна. С появлением возможности исследования паттернов дыхания при полифункциональном мониторингировании возникла необходимость изучения алгоритмов клинической интерпретации этих данных у лиц разного возраста.

С этой целью были проанализированы мониторограммы (КТ-04-АД-3 М, Инкарт, СПб) у 43 молодых людей 16–26 лет с мягкой артериальной АГ (средний возраст $19,5 \pm 3,0$ года) без медикаментозной нагрузки. У 48,8% пациентов индекс массы тела (ИМТ) превышал 24 кг/м^2 .

Корреляционный анализ выявил положительные взаимосвязи ИМТ со ср.ЧСС днем и ночью ($r=0,48$), частотой реполяризационных нарушений на ЭКГ ($r=0,37$) и периодов «маятникообразного» ритма (с крайне низкой вариабельностью) во время ночного сна ($r=0,39$). С увеличением МТ снижался дневной частотный спектр вариабельности сердечного ритма во всех трех диапазонах (VLF, $r=-0,51$; LF, $r=0, -57$; HF, $r=-0,37$), а также диапазонов VLF ($r=-0,4$) и LF ночью ($r=-0,46$), уменьшалась частота встречаемости синдрома ранней реполяризации ($r=-0,34$) и пауз за счет синусовой аритмии ($r=-0,32$).

Обращает на себя внимание отсутствие взаимосвязи ИМТ с АД, а также с эпизодами нарушений дыхания ночью (эпизодами апноэ/гипопноэ).

При разделении пациентов по суточному профилю АД (дипперы, нон-дипперы и овер-дипперы) оказалось, что различий по ИМТ между подгруппами не было ($24,2 \pm 4,0$, $27,3 \pm 5,5$ и $26,2 \pm 4,4 \text{ кг/м}^2$). У нон-дипперов с увеличением ИМТ уменьшался% ночного снижения САД ($r=-0,49$), у овер-дипперов повышалось ср.ДАД днем ($r=0,52$), а у дипперов взаимосвязей МТ и АД не выявлено.

Число нарушений дыхания в виде апноэ сна у нон-дипперов и дипперов было высокодостоверно больше ($39,7 \pm 29,7$ и $37,1 \pm 18,1$ эпизодов) относительно овер-дипперов ($23,3 \pm 12,0$; $P<0,05$). Индекс апноэ/гипопноэ (ИАГ) во всех подгруппах оказался выше общепринятой нормы

(до 5 событий/час) и составил $10,4$ — у нон-дипперов, $8,5$ — у овер-дипперов и $8,4$ — у дипперов. У нон-дипперов ИАГ был положительно связан с повышением мощности ночного спектра волн всех трех диапазонов (VLFn, $r=0,514$; LFn, $r=0,487$; HFn, $r=0,716$; $P<0,05$), а также волн высокой частоты днем (HFд, $r=0,644$; $P<0,05$). У дипперов ИАГ зависел только от мощности волн очень низкой и высокой частоты ночью (VLFn, $r=0,697$; HFn, $r=0,701$; $P<0,05$). У овер-дипперов ИАГ имел тесную прямую связь только со средней величиной САД днем ($r=0,532$; $P<0,05$), при этом аритмия дыхания была представлена, в основном, эпизодами гипопноэ.

Таким образом, аритмия дыхания во сне у лиц молодого возраста с избыточной МТ и мягкой АГ может быть обусловлена другими (пато?) физиологическими механизмами, предположительно, центрального генеза, чем у пациентов более старшего возраста. Так как избыточная МТ уже в молодом возрасте сопровождается снижением вариабельности сердечного ритма, необходимо назначение индивидуального двигательного режима аэробной направленности.

012 ЗАВИСИМОСТЬ ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИИ ОТ ОБРАЗА ЖИЗНИ И УРОВНЯ ОБРАЗОВАНИЯ

Волкова Н. И., Джериева И. С., Ниласов Н. Ю., Моргунов М. Н., Абушахманова Т. Ф., Гордиенко А. А., Асрумян Э. Г.

ГБОУ ВПО РостГМУ Минздравсоцразвития России, Ростов-на-Дону, Россия

Цель. Изучить зависимость толщины комплекса интима-медиа от образа жизни и уровня образования.

Методы исследования. Анкетирование и ультразвуковое сканирование брахиоцефальных артерий с определением толщины комплекса интима-медиа, проведенного на аппарате «PHILIPS HD 11» у 46 мужчин (средний возраст $50,1 \pm 0,8$ лет). Все обследуемые были распределены на 2 группы, сопоставимые по возрасту. В первую группу вошли лица имеющие толщину комплекса $0,5–0,9 \text{ мм}$; вторую группу составили участники со значениями индекса толщины сосудистой стенки равными $1,0–2,4 \text{ мм}$. Критерием исключения являлись наличие в анамнезе инфаркта, инсульта и операций на сосудистой стенке. Статистическая обработка с использованием программы Excel 2010 с расчетом t-критерия Стьюдента. Достоверной считалась степень вероятности безошибочного прогноза при $p \leq 0,05$.

Полученные результаты. Проведенный анализ полученных данных показал, что в группе 1 индекс массы тела (ИМТ), систолическое артериальное давление (АД) и ЧСС в покое были соответственно равны $27,4 \pm 0,7 \text{ кг/м}^2$, $125,5 \pm 2,4 \text{ мм рт.ст.}$, $65,7 \pm 1,4$ ударов в минуту. В группе 2 данные показатели определялись как $30,1 \pm 1,1 \text{ кг/м}^2$, $145,8 \pm 7,2 \text{ мм рт.ст.}$ и $74,9 \pm 2,6$ ударов в минуту (при $p<0,05$, $p<0,05$, $p<0,01$ соответственно). Что касается трудового графика, то дневную смену работало $64,7 \pm 8,2\%$ опрошенных в группе 1, а в группе 2 таковых выявлено $33,3 \pm 13,6\%$ ($p=0,05$). Начало сна в группе 1 было в 20ч. 06 мин. ± 1 ч. 18 мин, а в группе 2-в 22ч. 48 мин. ± 12 мин. ($p<0,05$) Пробуждение в группе 1 зарегистрировано в 7ч. 30 мин. ± 18 мин., а в группе 2 оно оказалось более ранним в 6ч. 48 мин. ± 12 мин, $p=0,05$. В группе 1 привычку курения имели $32,4 \pm 8,0\%$ опрошенных, а в группе 2 таковых было $66,7 \pm 13,6\%$ ($p<0,01$).

$64,7 \pm 8,2\%$, и $25,0 \pm 12,5\%$ пациентов в группах 1 и 2 соответственно имели высшее профессиональное образование ($p<0,05$). Среднее профессиональное образование имели $29,4 \pm 7,8\%$ и $58,3 \pm 14,2\%$ лиц, в группах 1 и 2 соответственно ($p>0,05$, разница не является статистически значимой).

Выводы. 1. У мужчин с высшим профессиональным образованием толщина комплекса интима-медиа меньше, что свидетельствует о меньшей степени выраженности атеросклероза 2. У лиц с меньшей длительностью сна и более ранним началом рабочего дня толщина сосудистой стенки больше, что свидетельствует о более выраженном атеросклеротическом поражении. 3.

Наличие таких факторов риска, как ожирение, АГ, ЧСС выше 70 уд в мин., курение и наличие ночных смен, ведет к прогрессированию атеросклероза. 4. Своевременная коррекция факторов риска способствует ранней профилактике атеросклероза.

013 НОВЫЙ МАРКЕР ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ БОЛЕЗНЯХ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Воробьева Е. Н., Лещенко И. Ж., Воробьев Р. И.

ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Миздравсоцразвития России; КГБУЗ Диагностический центр Алтайского края, Барнаул, Россия

Целью настоящей работы явилось изучение функции эндотелия по уровню современного маркера у пациентов с верифицированным диагнозом ишемической болезни сердца.

Материал и методы. Объектом исследования явились 98 пациентов (преимущественно мужчин) с установленным диагнозом ишемической болезни сердца (ИБС) без инфаркта миокарда (ИМ) в анамнезе и ИБС с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС). В качестве контрольной группы были обследованы пациенты без клинических проявлений сердечно-сосудистых заболеваний. Проводились клиническое, лабораторное и функциональное исследования. В сыворотке крови изучали параметры липидного обмена: концентрация общего холестерина и триглицеридов ферментативным методом, холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) с осаждением стандартными наборами реактивов "Human" (Germany). Измерение показателей проводили на полуавтоматическом анализаторе Prime Bio SED (Italy). В дальнейшем, рассчитывали холестерин липопротеидов очень низкой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, индекс атерогенности. Критериями оценки показателей липидного обмена служили Национальные клинические рекомендации (2011). Степень кальциноза коронарных сосудов определялась подсчетом индекса коронарного кальция при исследовании пациентов на мультиспиральном (64-срезы) компьютерном томографе AQUILION — 64 TOSHIBA (Japan) с обработкой полученных данных на рабочей станции VITREA. Критериями оценки возрастных и половых норм коронарного кальция явились показатели, рекомендованные Mayo Clinic (1999) для мужчин 40–49 лет до 12 единиц, 50–59 лет до 54 единиц, для женщин 40–59 лет до 5 единиц. В качестве маркера функции эндотелия определяли иммунноферментным методом остеокальцин.

Результаты. У всех пациентов выявлены немодифицируемые и модифицируемые факторы риска (курение, артериальная гипертензия, абдоминальное ожирение, избыточная масса тела, гиперлипидемия и пр.) болезней системы кровообращения различных степеней выраженности. Так у 81% обследованных была выявлена избыточная масса тела по индексу массы тела Кетле (≥ 25 кг/м²), при этом у 98% обнаружено сочетание тех или иных факторов риска. При мультиспиральной компьютерной томографии индекс коронарного кальция у всех пациентов отмечен в диапазоне от 83 до 1406 единиц. Зарегистрирована прямая зависимость повышения уровня остеокальцина и индекса кальцификации коронарных сосудов.

Выводы. Результаты наших исследований демонстрируют перспективность определения уровня остеокальцина при обследовании лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями, как современного показателя кальциноза атером.

014 ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Демкина А. И., Мартынова Е. А., Шестерня П. А.

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздравсоцразвития России, Красноярск, Россия

Доказана роль генетической предрасположенности к развитию ИМ, значимость которой гипотетически выше именно у лиц молодого возраста. Определение генетических маркеров ИМ возможно использовать для определения группы риска и проведения первичной профилактики ИМ.

Цель исследования. Изучить генетические предикторы развития инфаркта миокарда у лиц молодого возраста.

Материалы и методы. В исследование были включены 99 больных ИМ (90 мужчин и 9 женщин) в возрасте от 22 до 45 лет (средний возраст $39,93 \pm 5,08$ лет). Группу контроля составили 111 человек (103 мужчины и 8 женщин) в возрасте от 25 до 45 лет (средний возраст $40,67 \pm 4,7$ лет) с исключенной ИБС. Группы статистически не различались по полу ($p=0,62$) и возрасту ($p=0,29$). Группы были сопоставимы по значимым факторам риска ИБС: анамнезу курения ($p=0,4$), наличию артериальной гипертензии ($p=0,77$), сахарного диабета ($p=0,395$), гиперхолестеринемии ($p=0,7$), избыточной массы тела и ожирения ($p=0,361$), абдоминального типа ожирения ($p=0,831$), за исключением отягощенной наследственности по ИБС: 61,5% в группе ИМ, 34,6% в группе контроля ($p<0,0001$). Для экстракции ДНК использовался фенол-хлороформный метод. Генотипирование однонуклеотидных полиморфизмов (ОНП) rs10757278 (9p21.3), rs1333049 (9p21.3), rs4804611 (19p13.2), rs2549513 (16q23.1), rs499818 (6p24.1), rs619203 (6q22) осуществлялось методом ПЦР в режиме реального времени (ABI 7900HT TaqMan, Applied Biosystems). Для сравнения групп по количественным признакам, учитывая отсутствие нормального распределения, использовался метод Манна-Уитни, для анализа качественных признаков использовалась методика χ^2 . Различия оценивались как статистически значимые при $p<0,05$. Исследование одобрено Этическим комитетом КрасГМУ.

Результаты. Аллель риска С (CC + CG) ОНП rs1333049 и аллель риска G (AG + GG) ОНП rs10757278 были ассоциированы с ИМ. Носителей аллеля С rs1333049 в группе ИМ было 81,1%, в контрольной группе — 64,2%, $p=0,008$. Частота аллеля G rs10757278 в группе больных ИМ была также достоверно выше (78,7%) в сравнении с контрольной группой — 64,8%, $p=0,033$. Распределение частот полиморфных вариантов ОНП rs4804611, rs2549513, rs499818, rs619203 статистически между исследуемыми группами не различалось. Относительный риск развития ИМ был выше у носителей аллеля С rs1333049 (ОШ=2,40; 95% ДИ=1,24–4,65). При этом более высокий риск был как у лиц с отягощенной наследственностью по ИБС (ОШ=2,24; 95% ДИ=1,02–4,90), так и без семейного анамнеза по ИБС (ОШ=4,25; 95% ДИ=1,39–12,99). Для генотипа АА rs10757278 выявлено положительное влияние на риск возникновения ИМ (ОШ=0,5; 95% ДИ=0,26–0,95).

Выводы. Носители аллеля С rs1333049 имеют высокий риск развития ИМ в молодом возрасте вне зависимости от наличия традиционных факторов риска и отягощенной наследственности. Гомозиготный вариант генотипа АА rs10757278 снижает риск развития инфаркта миокарда в молодом возрасте.

015 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С СОЧЕТАННОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Денисова Е. А., Молчанов А. В.

ГБОУ ВПО АГМУ Минздравсоцразвития России, Барнаул, Россия

Цель. Оценить ремоделирование магистральных артерий у пациентов пожилого и старческого возраста больных артериальной гипертензией (АГ) либо АГ в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. Обследовано 130 мужчин в возрасте от 60 до 90 лет ($76,2 \pm 1,2$ г). Больные были разделены на 2 группы: 1-я — 20 больных АГ, 2-я — 110 больных АГ в сочетании с ИБС (стенокардия, перенесенный инфаркт миокарда, хро-

ническая сердечная недостаточность). Исследование общей сонной (ОСА), плечевой (ПА) и бедренной артерий проводилось методом доплерографии на аппарате VIVID-7 (США). Определялись толщина комплекса интима-медиа (ТИМ), диаметр артерии (ДА), максимальная систолическая скорость кровотока ($V_{\max}$), конечная диастолическая скорость ($V_{\min}$), средняя по времени максимальная скорость ($V_{\max}$) и скорость распространения пульсовой волны (СРПВ).

Результаты. В обеих группах ТИМ исследуемых магистральных артерий была увеличена, однако в ОСА и ПА у больных 2-й группы она была больше на 6,7%, а в БА — на 12,2%, чем у больных 1-й группы. Кровоток в ОСА, ПА, БА у больных 2-й группы характеризовался снижением всех скоростных показателей по сравнению с показателями больных 1-й группы. У больных 2-й группы в БА наблюдалось уменьшение по сравнению с другими магистральными артериями всех скоростных показателей кровотока, что указывает на снижение кровоснабжения нижних конечностей, по сравнению с верхними у данной категории больных. СРПВ в изученных магистральных артериях была наибольшей у больных 2-й группы. Так, СРПВ по ОСА у них была больше на 41,0% ($p < 0,001$), а по БА — на 14,4%, чем у больных 1-й группы.

Выводы. Таким образом, у пациентов пожилого и старческого возраста, больных АГ или АГ в сочетании с ИБС происходит ремоделирование магистральных артерий с увеличением жесткости и толщины артериальной стенки на фоне дилатации сосуда, что приводит к изменению гемодинамики. У больных АГ в сочетании с ИБС наблюдается перераспределение кровотока в пользу плечевых и сонных артерий.

016 ПОЛИМОРФИЗМ R353Q ГЕНА VII КОАГУЛЯЦИОННОГО ФАКТОРА И ПРОТРОМБОТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОСТАЗА У ДЕТЕЙ С ЭСSENЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Долгих В.В.,¹ Большакова С.Е.,² Филиппов Е.С.,² Гомеля М.В.

¹ ФГБУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека» СО РАМН, Иркутск; ² ГБОУ ВПО Иркутский Государственный медицинский университет, Иркутск, Россия

Цель исследования: определить частоту встречаемости полиморфизма R353Q гена VII коагуляционного фактора (FVII) и изменение функции внешнего пути коагуляционного гемостаза у детей славянской этногруппы с лабильной и стабильной формами эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ) в зависимости от носительства различных аллелей изучаемого полиморфизма.

Материал и методы исследования. Обследовано 80 детей с ЭАГ в возрасте от 5 до 17 лет (средний возраст $15,39 \pm 0,19$ лет). I группа — 38 (47,5%) детей с лабильной артериальной гипертензией (ЛАГ), II группа — 42 (52,5%) пациента со стабильной артериальной гипертензией (САГ). Исследование полиморфизма R353Q гена FVII проводилось методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с использованием комплектов реагентов «SNP-экспресс» фирмы «Литех» (Россия) по протоколу производителя. Определение протромбинового времени (ПВ) по Квику (в%) проводили с помощью автоматического коагулометра STA-R Evolution («Roche Diagnostics», Швейцария) с наборами реагентов фирмы «Roche» (Швейцария). За норму принимали значения 70–140%. Статистическую обработку данных проводили с использованием программы STATISTICA 6.0 Stat-Soft Inc.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования в группе детей с ЛАГ генотип RR обнаружен у 71,1%, RQ — у 26,3%, QQ — у 2,6% детей. Распределение генотипов RR, RQ и QQ в группе детей с САГ было 83,3%, 14,3% и 2,4% соответственно. Таким образом, частота встречаемости минорного аллеля Q составила 15,8% и 9,5% у детей с лабильной и стабильным течением ЭАГ соответственно

($p=0,41$), статистически достоверно не превысив показатели распространенности в популяции (12,5%). Аллель R, наиболее распространенный в популяции и увеличивающий риск тромбоза, в I и II группах обнаружен в 84,2% и 90,5% случаев ($p=0,85$). Исследование функции внешнего звена гемостаза у обследованных детей выявило тенденцию к укорочению ПВ в пределах референтных значений за счет активации внешнего пути гемостаза, вероятно связанной с большей концентрацией и активностью FVII, у детей-носителей аллеля R в гомозиготном состоянии и стабильным течением ЭАГ ($79,6 \pm 12,01\%$ в группе САГ, против $84,3 \pm 8,44\%$ в группе ЛАГ ($p=0,07$)). При этом у обладателей защитного аллеля Q (генотипы RQ и QQ), который приводит к снижению концентрации и активности FVII в крови по данным других исследований на 25–50%, оказывая антитромботический эффект, средний показатель ПВ был несколько выше и составил $83,27 \pm 6,93\%$ и $82,43 \pm 8,263\%$ соответственно ($p=0,85$).

Таким образом, частота встречаемости минорного аллеля Q, значительно снижающего риск возникновения тромбоза, среди детей с ЛАГ была несколько выше, чем в группе детей с САГ, однако значимых различий эти показатели не имели. Отмечена тенденция к укорочению ПВ у детей с САГ — носителей неблагоприятного генотипа RR, что указывает на возможность повышения риска возникновения тромбоза у данной категории пациентов.

017 РИСК РАЗВИТИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИЗОЛИРОВАННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Долгополова Д.А.

ГОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры» БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», Сургут, Россия

Введение (цели/задачи). Взаимное отягощение и прогрессирование при сочетании бронхолегочных заболеваний и сердечно-сосудистой патологии может приводить к ускоренному прогрессированию коронарной и сердечной недостаточности, раннему развитию кардиореспираторных осложнений. Однако, вопрос о риске развития кардиоваскулярных катастроф у больных с изолированной патологией органов дыхания, а именно хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), остается недостаточно освещенным в литературе и рекомендациях по тактике ведения данной группы пациентов.

Материал и методы. В группах больных с изолированной ХОБЛ ($n=40$) и ХОБЛ, ассоциированной с ишемической болезнью сердца (ИБС) ($n=15$) было проведено углубленное инструментальное обследование, включающее ультразвуковое исследование и цветное доплеровское картирование брахиоцефальных сосудов (БЦС), эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ) по стандартной методике с учетом рекомендаций Американского эхокардиографического общества с помощью кардиоваскулярной ультразвуковой системы «Visit 7 Pro» General Electric (USA), а также исследование ФВД на компьютерном спирографе «Master Screen» Viasys Iaeder (Германия). Степень обструкции оценивали по уровню ОФВ1 в соответствии с рекомендациями GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) (2009). Критерием включения являлось наличие ХОБЛ II, III, IV степени тяжести. Статистическую обработку данных производили с помощью программы Mc Excell 2007, «Statistica 8.0».

Результаты. У пациентов с изолированной ХОБЛ и ХОБЛ, ассоциированной с ИБС происходят сходные изменения морфофункциональных особенностей сердечной мышцы за исключением достоверно превышающих у пациентов с сочетанной патологией размеров левого предсердия ($p < 0,05$), диаметр которого является менее полезным предиктором кардиоваскулярных катастроф, нежели диаметр левого желудочка. Концентрическая гипертрофия левого желудочка достоверно

чаще ($p < 0,05$) встречается у пациентов с ХОБЛ, ассоциированной с ИБС. Достоверных различий показателей функции внешнего дыхания обнаружено не было. Атеросклеротические изменения наблюдаются как у пациентов с изолированной ХОБЛ, так и у пациентов с ХОБЛ, ассоциированной с ИБС, не являясь достоверно различными в двух обследуемых группах пациентов, ровно так же, как и гемодинамические показатели цереброваскулярного кровотока.

Выводы. Пациенты с изолированной ХОБЛ составляют группу риска в отношении развития жизнеугрожающих кардиоваскулярных осложнений и требуют проведения превентивных мероприятий, сходных с таковыми в группе больных с сочетанной патологией ХОБЛ и ИБС.

018 ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

Дубоносова С. В., Веневцева Ю. Л., Мельников А. Х.

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

Актуальность: Изучение показателей ВСР позволяет определить степень участия в процессе адаптации различных регуляторных механизмов. Анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР) в динамике у лиц одной возрастной группы, находящихся в сходных социально-психологических условиях, позволяет судить о тренде уровня напряженности адаптации.

Целью исследования явилось изучение временного тренда показателей ВСР у лиц молодого возраста за 6 лет наблюдения.

Материал и методы: с 2006 по 2011 гг. на базе Центра здоровья Тульского государственного университета были обследованы 356 студентов-медиков 6 курса (254 девушки и 102 юноши). Определение ВСР проводилось по стандартной методике: 5-минутная запись в положении сидя и в ортостазе (НейроСофт, Иваново). Данные обработаны методами математической статистики по t-критерию Стьюдента (MS Excel 7.0).

Результаты. В среднем за изученный период умеренная ваготония наблюдалась у 44,9% (114/254) девушек и 52,9% (54/102) юношей, что отражает оптимальное состояние регуляторных систем организма молодых людей и достаточные резервы адаптации. За изученный период была выявлена тенденция к увеличению общей мощности ($TP, мс^2$) спектра ВСР в покое и в ортостазе среди девушек и юношей ($p=0,02$ и $p=0,0001$ соответственно), что указывает на повышение суммарного уровня активности систем регуляции. Сходные данные были получены по индексу напряжения, SI (у.е.): с 2009 по 2010 гг. в группе девушек наблюдался постоянный его рост с последующим снижением в 2011 г (8,7% (2006), 10,7% (2007), 14,3% (2008), 23,1% (2009), 28,6% и 10,3% (2011) случаев); то же отмечено и у юношей (7,1% (2006), 4,7% (2007), 20% (2009), 25% (2010) и 12,5% (2011)).

У 21,3% (54/254) девушек и 25,5% (26/102) юношей было зафиксировано снижение показателя HF%, что говорит о возможном снижении функциональных резервов адаптации. У юношей это наблюдалось в 35,7% случаев (5/14) в 2006 году, 33,3% (7/21) — 2007, 12,5% (1/8) — 2008, 33,3% (5/15) — 2009, 15% (3/20) — 2010 и в 20,8% (5/24) наблюдений — в 2011 году, $p > 0,05$. У девушек лица со снижением HF% составили соответственно 4,3% (1/23), 23,2% (13/56), 25,7% (9/52), 13,5% (7/52), 18,4% (9/49) и 12,8% (5/39), при этом значимые различия были установлены между выпускницами 2006, 2007 ($p=0,04$) и 2008 года ($p=0,05$). Представляется, что в 2006 и 2008 гг. наблюдалось более выраженное снижение адаптационного потенциала молодых людей.

Выводы. Временный тренд процесса адаптации к образовательной среде выпускников мединститута в течение 2006–2011 гг. указывает на рост ее напряженности, в том числе за счет повышения активности обоих звеньев автономной регуляции (гиперамфотонии).

019 СЦИНТИГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЛОКАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СОКРАТИМОСТИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА

Завадовский К. В., Саушкин В. В., Гуля М. О.

ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАНМ, Томск, Россия

Цель. Выявить зависимость между локализацией областей аритмогенной активности и зонами асинхронного сокращения миокарда по данным равновесной томографики (РТВГ).

Материал и методы. Обследовано 76 детей и подростков с желудочковыми аритмиями в возрасте от 5 до 18 лет (средний возраст $12,7 \pm 3,7$ лет), из них 24 пациента были обследованы до и после процедуры радиочастотной абляции. Группа сравнения включала 13 детей без нарушения ритма сердца. Всем больным был выполнен полный комплекс клинико-лабораторных и инструментальных исследований включающий внутрисердечное электрофизиологическое исследование (ЭФИ) и РТВГ.

Результаты. При анализе фазовых полярных карт сокращения сердца были выявлены зоны асинхронного сокращения миокарда (АСМ). Локализация фокусов асинхронного сокращения миокарда, определенная по результатам фазового анализа, была следующей: 53,6% случаев выходные отделы ПЖ; 19,5% боковая и задняя стенки ПЖ; 26,9% — межжелудочковая перегородка. Зоны АСМ, имеющие место одновременно в левом, и в правом желудочках сердца, были обнаружены у 35 (54%) пациентов. Совпадение мест расположения участков эктопической активности, выявленных во время ЭФИ, и зон АСМ, выявленных в процессе сцинтиграфии, имело место в 83% случаев. Топографически наличие эктопии в выходных отделах правого желудочка ассоциируется с диссинхронией его передней стенки, а экстрасистолия, источником которой является левый синус Вальсальвы, приводит к появлению асинхронного сокращения межжелудочковой перегородки. Кроме этого, при сравнении показателей сократимости сердца у детей из группы сравнения и пациентов с ЖНРС отмечалось достоверное уменьшение ударного объема, повышение конечно-диастолических и конечно-систолических индексов, а также снижение фракции выброса обоих желудочков. Локализация источника аритмии в левом синусе Вальсальвы вызывает более выраженные изменения показателей гемодинамики чем эктопия из ВОПЖ.

Выводы:

1. Сцинтиграфическим критерием наличия очага эктопической активности в желудочках сердца следует считать обнаружение зоны асинхронного сокращения миокарда.

2. Зоны АСМ чаще всего локализуются в выходных отделах и задней стенке правого желудочка, а также в перегородочной области.

3. Очаги эктопической активности, обнаруженные при проведении ЭФИ, совпадают с зонами асинхронного сокращения миокарда в 83% случаев.

4. В группе детей и подростков с желудочковой экстрасистолей, по отношению к пациентам группы сравнения, имеет место умеренная дилатация камер и сниженная сократительная функция сердца, при этом указанный феномен наиболее выражен при эктопии из левого синуса Вальсальвы.

020 ВЛИЯНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ НА РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Качковский М. А., Рагозина Е. Ю.

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздравсоцразвития России, Самара, Россия

В патогенезе инфаркта миокарда (ИМ) значимая роль принадлежит воспалительным процессам. Исследование синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) может

выявить новые механизмы патогенеза в развитии осложнений ИМ. Выраженность ССВО определяется формой иммунологической реактивности организма.

Цель исследования. Проанализировать характер осложнений в связи с гипер-, гипо-, нормореактивным течением ИМ.

Методы. В исследование были включены 299 больных ИМ с зубцом Q- и 177 больных ИМ без зубца Q. Равное количество мужчин ($61,4 \pm 1,67$ лет) и женщин ($70,5 \pm 1,92$ лет).

Оценка показателей иммунного статуса проводилась на основе расчета интегральных лейкоцитарных показателей — индексов сдвига лейкоцитов крови (ИСЛК), соотношения нейтрофилов и лимфоцитов (ИСНЛ) и лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ). Статистический анализ данных проведен с использованием программы Microsoft Excel 2000, пакета прикладных программ SPSS 11.0.

Результаты. Установлено, что значения лейкоцитарных индексов достоверно ($p < 0,01$) выше у больных ИМ с зубцом Q и увеличиваются при угрозе летального исхода.

Определены интервалы значений лейкоцитарных индексов, характеризующие форму реактивности. Так, гипореактивное течение ИМ определяют значения ИСЛК от 1 до 1,9; нормореактивное — 2–3 и гиперреактивное — > 3 . Корреляционный анализ выявил высокую степень взаимосвязи значений лейкоцитарных индексов ИСЛК и ИСНЛ: $r = 0,92$.

При высокой (гипер-) реактивности организма поврежденная ткань интенсивно инфильтрируется в короткие сроки воспалительными клетками и характеризуется быстрым течением деструктивных процессов и запаздыванием репаративных. При низкой (гипо-) реактивности лейкоцитарные реакции крови развиваются с задержкой, что приводит к ослаблению процессов деструкции некротизированных тканей.

Наиболее тяжелые осложнения характерны для гиперреактивного течения ИМ: в 50% случаев зафиксирован кардиогенный шок; в 51,6% — сердечная астма; в 42% случаев — блокада ножек пучка Гисса; в 39% случаев — мерцательная аритмия. При гипореактивном ИМ в 40,3% случаев отмечена экстрасистолия, при нормореактивном ИМ в 43,5% случаев отмечено образование аневризмы.

Выводы. Развитие в течении некротических и восстановительных процессов при гиперреактивном ИМ приводит к тяжелым осложнениям. В связи с этим, раннее выявление гиперреактивной формы течения ИМ позволит выделить группу риска, обеспечить применение противовоспалительной терапии и метаболически значимых лечебных воздействий на миокард. Направленное изменение реактивности имеет важное значение в профилактике и лечении ИМ.

021 СВЯЗЬ РАННИХ МАРКЁРОВ АТЕРОСКЛЕРОЗА С ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ И ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ У ЛИЦ СТРЕССОВОЙ ПРОФЕССИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Кондаков В. Д., Антропова О. Н.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Атеросклероз имеет длительную доклиническую стадию, поэтому выявление ранних маркёров представляется наиболее целесообразным. Мишенью для неблагоприятного воздействия компонентов факторов риска является сосудистый эндотелий. Под действием факторов риска развивается эндотелиальная дисфункция (ЭДФ), которая реализуется в прогрессировании атеросклероза и сердечно-сосудистых инцидентах. Основные факторы риска атеросклероза сопровождаются нарушением эндотелий-зависимой вазодилатации, как в коронарном, так и в периферическом кровотоке. А учитывая, что перфузия тканей регулируется резистивными артериями, даже при отсутствии атеросклеротических бляшек, дефицит NO в эндотелии способен привести к ишемии.

Эректильная дисфункция широко распространена и длительное время рассматривалась в качестве вторичного осложнения ССЗ, диабета, гипертензии и дислипидемии. Дисфункция эндотелия является этиологическим фактором, связывающим эректильную дисфункцию и сердечно-сосудистые заболевания.

Цель. Оценить взаимосвязь маркёров атеросклероза с эндотелиальной и эректильной дисфункцией.

Материал и методы. В исследование были включены 160 больных (возраст $47,5 \pm 0,5$ лет), из них 90 — машинисты и помощники машинистов подвижных составов, 70 — электромонтёры. Критерии включения: мужской пол, профессия — железнодорожники, возраст — 45–55 лет, наличие АГ. Проводилось оценка скрытых маркёров и факторов риска атеросклероза. Оценка эндотелиальной функции в покое и в пробе с реактивной гиперемией проводилась на УЗВР-аппарате “Philips EnVisorC” на правой верхней конечности. Так же проводилось анкетирование пациентов по шкале эректильной дисфункции «AMS» и определение уровня стресса по шкале Ридра.

Результаты. По результатам оценки состояния сосудистого эндотелия, исходный диаметр плечевой артерии (D) составил $4,8 \pm 0,09$ мм; средняя скорость кровотока (V) — $77,2 \pm 2,63$ см/сек. После проведения пробы с реактивной гиперемией, эндотелийзависимая вазодилатация (ЭЗВД) составила $1,98 \pm 1,5\%$ в 1-й группе и $1,12 \pm 1,4\%$ — во 2-й; скорость кровотока увеличилась на $25,2 \pm 6,6\%$ и на $27,2 \pm 6,6\%$ в 1-й и 2-й группах соответственно. При проведении пробы с РГ в 1-й группе, у 32,4% пациентов наблюдалась нормальная реакция эндотелия, у 30,4% — вазоконстрикция, у 17,6% — реакция эндотелия отсутствовала (инеркционная реакция). Во 2-й группе нормальная реакция была зарегистрирована у 37,4% пациентов, у 20,4% — вазоконстрикция, у 12,7% реакция эндотелия отсутствовала (инеркционная реакция). По результатам оценки эректильной дисфункции по шкале «AMS», выраженные нарушения выявлены у 20% пациентов, умеренные — у 44% и низкие — у 36%, однако в группах значимого различия не наблюдалось. Корреляционный анализ показал достоверные положительные связи ЭЗВД с гиперхолестеринемией, эректильной дисфункцией и окружностью талии ($p < 0,05$).

Выводы. У лиц, страдающих артериальной гипертензией, в условиях высокого напряжения на рабочем месте, чаще обнаруживается эндотелиальная дисфункция в 1,6 раза, а вазоконстрикторная реакция эндотелия в 1,5 раза по сравнению с лицами низкого профессионального стресса. ЭЗВД имеет достоверную положительную связь с гиперхолестеринемией, эректильной дисфункцией и окружностью талии. По результатам оценки эректильной дисфункции по шкале «AMS», выраженные нарушения выявлены у 20% пациентов, умеренные — у 44% и низкие — у 36%, однако в группах значимого различия не наблюдалось. ЭЗВД имеет достоверную положительную связь с гиперхолестеринемией, эректильной дисфункцией и окружностью талии.

022 ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМНОЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С УЧЁТОМ НАЛИЧИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

Косевая О. Д., Горбунов В. В.

ГБОУ ВПО Читинская Государственная Медицинская Академия, Чита, Россия

Цель исследования: определение показателей системной микроциркуляции у пациентов с микроваскулярной стенокардией с учётом наличия тревожных расстройств.

Материал и методы исследования: состояние личностной и ситуационной тревожности оценивалось с помощью шкалы Спилбергера-Ханина. Микроциркуляция изучалась с помощью лазерного анализатора капиллярного кровотока ЛАКК-02 (НПП “Лазма”, Москва). Обследовано 16 паци-

ентов мужского пола с установленным диагнозом микроваскулярная стенокардия (выставлен на основании положительных нагрузочных проб — депрессия сегмента ST, отсутствие гемодинамически значимых стенозов на коронароангиограммах). Средний возраст пациентов составил $44 \pm 9,4$ лет. В качестве контрольной группы исследовалась микроциркуляция у группы относительно здоровых лиц, состоящая из 21 человека, сопоставимая по возрасту. Диагностика состояния микроциркуляции крови проводилась путем определения базального кровотока в течении 10 минут в зоне Захарьина-Геда для сердца на предплечье, расположенной по срединной линии на 4 см выше основания шиловидных отростков локтевой и лучевой костей. Всем пациентам проводилось тестирование по шкале тревожности Спилбергер-Ханина.

Результаты. В группе пациентов с микроваскулярной стенокардией выявлено увеличение величины среднеарифметического показателя системной микроциркуляции (М), измеряемого в перфузионных единицах ($9,9 \pm 2,3$, $p < 0,05$). У пациентов с микроваскулярной стенокардией также выявлено увеличение параметра σ — среднеквадратичного отклонения значений перфузии, характеризующее степень изменчивости показателя микроциркуляции в зависимости от состояния микрососудистого тонуса ($2,19 \pm 0,57$, $p < 0,05$). При амплитудно-частотном анализе колебаний кровотока было выявлено в исследуемых группах, что у пациентов с микроваскулярной стенокардией отмечается возрастание нейрогенного тонуса (НТ) микрососудов ($2,35 \pm 0,3$, $p < 0,05$). У пациентов с микроваскулярной стенокардией, у которых отмечались наиболее высокие показатели микроциркуляции, при тестировании определялся более высокий уровень личностной и ситуационной тревожности в сравнении с группой контроля. У тех пациентов, у которых уровень личностной и ситуационной тревожности был выше, было выявлено и повышение нейрогенного тонуса микрососудов.

Выводы. 1. У пациентов с микроваскулярной стенокардией имеется нарушение системной микроциркуляции, которое проявляется в увеличении показателей микроциркуляции (М, σ). 2. Повышение микроциркуляции у пациентов с микроваскулярной стенокардией происходит в основном за счёт повышения нейрогенного тонуса, что, вероятно, связано с активацией симпатической нервной системы.

3. Степень микроциркуляторных нарушений при микроваскулярной стенокардии прямолинейно связана с наличием тревожных расстройств.

023 О ВОЗМОЖНОЙ РОЛИ ГОМОЦИСТЕИНА ПРИ МИГРЕНИ

Красников А. В., Шведков В. В., Шабалина А. А., Костырева М. В., Ионова В. Г.

ФГБУ «Научный центр неврологии» РАМН, Москва, Россия

Цель: определить частоту встречаемости повышенных показателей гомоцистеина у пациентов с мигренью.

Методы исследования: обследовано 110 пациентов в возрасте от 17 до 63 лет, большинство из которых были женского пола (79%). На основании критериев международной классификации головной боли (2004 год) 22 пациентам (20%) был установлен диагноз мигрень с аурой, а соответственно 88 больным (80%) мигрень без ауры. У всех больных было проведено исследование показателей гомоцистеина, нормальные значения которого были в пределах 5–15 мкмоль/л

Результаты: анализ полученных результатов выявил повышение уровня гомоцистеина у значимой части больных (51%), причем в подавляющем большинстве случаев превышение показателей было умеренное. Определение встречаемости гипергомоцистеинемии (ГГЦ) в зависимости от возраста выявило интересные данные. Так в возрастной категории до 30 лет ГГЦ определялась 63% случаев, в возрастных категориях 31–45 лет и старше 46 лет уже

в 48% и 46% случаев, соответственно. Помимо возрастного фактора, были получены данные о влиянии на частоту ГГЦ и гендерного фактора. Так повышенные показатели гомоцистеина отчетливо чаще встречались среди мужчин, по сравнению с женщинами — 65% и 47%, соответственно. При сопоставлении с формой мигрени можно говорить о некотором преобладании ГГЦ при мигрени без ауры.

Выводы: в нашей работе было показано, что большая часть пациентов страдающих мигренью имеет повышенный уровень гомоцистеина. Факторами риска гипергомоцистеинемии являлись мужской пол, молодой возраст и отчасти форма мигрени. Учитывая результаты эпидемиологических исследований, которые показали четкую ассоциацию между мигренью и риском развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) представляется необходимым изучать возможные причины данной ассоциации. Повышенный уровень гомоцистеина в свою очередь является фактором риска ССЗ, особенно в молодом возрасте. В связи с этим можно предполагать, что ГГЦ является одним из факторов риска развития сосудистых катастроф в молодом возрасте у пациентов с мигренью. Нельзя не сказать и том, что ряд исследований показал возможную роль гомоцистеина в патогенезе мигрени. Все это свидетельствует о необходимости оценки уровня гомоцистеина у пациентов с мигренью (особенно при указании ваших факторах риска), с целью проведения адекватной терапии при выявлении ГГЦ (витамины группы В, фолиевая кислота).

024 ИССЛЕДОВАНИЕ АГРЕГАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С МИГРЕНЬЮ

Красников А. В., Шведков В. В., Шабалина А. А., Костырева М. В., Ионова В. Г.

ФГБУ «Научный центр неврологии» РАМН, Москва, Россия

Результаты эпидемиологических исследований показали, что мигрень ассоциирована с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний в молодом возрасте, при этом до настоящего времени остаются не совсем ясными причины данной ассоциации.

Цель: оценка показателей агрегации тромбоцитов у пациентов с мигренью

Материал и методы: обследовано 57 пациентов в возрасте от 19 до 65 лет, большинство из которых были женщины (82%). Диагноз мигрени устанавливался на основании критериев международной классификации головной боли (2004 год), согласно которым в исследование было включено 13 больных с мигренью с аурой и 44 больных с мигренью без ауры. Всем включенным в исследование проводилась оценка агрегации тромбоцитов под влиянием адреналина (АТ-Адр) и АДФ (АТ-АДФ). Границы нормальных значений АТ-Адр и АТ-АДФ составляли 37–43% и 40–46%, соответственно. Стоит обратить внимание, что прием антиагрегантов являлся критерием исключения из данного исследования.

Результаты: необходимо сразу отметить, что у большинства больных с мигренью имелись повышенные показатели агрегации тромбоцитов (АТ-Адр у 65% пациентов, АТ-АДФ у 53% пациентов). В остальных случаях показатели АТ были снижены или в пределах нормальных значений. Причем более часто повышение АТ выявлялись в молодом возрасте. Так в возрастной категории до 30 лет повышение АТ-АДФ встречалось в 64% случаев, а в возрасте старше 45 лет только в 44%. Отчетливые различия были получены и при сопоставлении повышенных значений АТ-АДФ с формой мигрени. Так при мигрени с аурой повышение АТ-АДФ выявлялось в 77% случаев, а при мигрени без ауры только в 46%. Отчетливого влияния гендерного фактора на частоту выявления повышенных значений агрегации тромбоцитов не определялось.

Выводы: в проведенной работе отчетливо показано, что у большинства пациентов с мигренью имеют место повы-

шенные показатели агрегации тромбоцитов. Можно предполагать, что активация системы гемостаза является одним из механизмов развития заболеваний сердечно-сосудистой системы у пациентов с мигренью, особенно в молодом возрасте. Планирует продолжить изучение данного аспекта у больных с мигренью, в том числе и в плане оптимизации профилактического лечения.

025 ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ И СИСТЕМНАЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ НА ГИПЕРКАПИНИЮ И ГИПОКАПИНИЮ

Кузнецова Д. В.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

В настоящее время широкое применение в практике получила оценка прироста скорости мозгового кровотока при гиперкапнии, что характеризует цереброваскулярную реактивность на углекислый газ. Но повышение напряжения углекислого газа в крови ведет и к увеличению артериального давления. Так как в условиях гиперкапнии возникает срыв ауторегуляции, то усиление мозгового кровотока возникает не только за счет сосудорасширяющего эффекта углекислого газа, но и из-за повышения перфузионного давления, что не может отражать истинную цереброваскулярную реактивность на углекислый газ.

Цель. Изучение реакции скорости мозгового кровотока, артериального давления и пульса на гиперкапнию и гипокapнию.

Материал и методы. В исследовании участвовали 11 некурящих здоровых добровольцев (6 мужчин). Средний возраст составил $21 \pm 3,7$ год, индекс массы тела — $21,7 \pm 3,3$ кг/м². Всем испытуемым проводился транскраниальный доплерографический мониторинг с капнографией (Ангиодин-Универсал, БИОСС, Россия), регистрировались средняя по времени максимальная скорость кровотока (ТАМХ) в средних мозговых артериях (СМА) с обеих сторон и парциальное давление углекислого газа в последней порции выдыхаемого воздуха (PetCO₂). Методом пальцевой фотоплетизмографии (CNAP Monitor 500, CNSystems, Австрия) регистрировалось среднее гемодинамическое артериальное давление (сРАД) и пульс.

Исследование состояло из трех этапов: нормокапнии (5 мин обычного дыхания), гиперкапнии (10 мин возвратного дыхания с использованием дыхательного контура «Карбоник») и гипокapнии (2 мин спонтанной гипервентиляции).

Результаты. При возвратном дыхании максимальный прирост PetCO₂, ТАМХ левой и правой СМА, сРАД и пульса по сравнению с нормокапнией составил 43,4, 42,3, 49,4, 12,4 и 21,1% соответственно. Скорость мозгового кровотока справа и слева и PetCO₂ значительно повышались по отношению к нормокапнии на 10-й с, пульс — на 20-й с, а сРАД — на 30-й с гиперкапнии. При повышении сРАД PetCO₂ достигло 42 (41; 44) мм рт.ст. Обнаружена положительная средней силы корреляция пульса с PetCO₂, а также пульса со сРАД.

При гипервентиляции максимальное снижение PetCO₂, ТАМХ левой и правой СМА составило 42,8, 46,9 и 42,3% соответственно. Пульс увеличился на 36,5%. PetCO₂, ТАМХ левой и правой СМА значимо снижались на 10-й с гипокapнии. сРАД при гипокapнии значимо не снижалось. Обнаружена отрицательная сильная корреляция пульса и PetCO₂. В диапазоне от гипокapнии до гиперкапнии выявлена сильная положительная корреляция ТАМХ левой и правой СМА с PetCO₂ и со сРАД, положительная корреляция средней силы PetCO₂ и сРАД.

Выводы. Усиление мозгового кровотока при гиперкапнии до достижения 42 (41; 44) мм рт.ст. PetCO₂ не сопровождается увеличением сРАД, а значит обусловлено вазодилатирующим эффектом углекислого газа, что отражает истинную цереброваскулярную реактивность на углекислый газ. При гипокapнии снижение скорости МК возникает за счет недостатка вазодилатирующего эффекта углекислого газа.

026 ДИСФУНКЦИЯ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА КАК «МАРКЕР» РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Мельникова Ю.А., Филиппова Т.В., Ефремушкин Г.Г.

ГБОУ ВПО АГМУ Минздравсоцразвития России, Барнаул, Россия

Цель исследования: оценить взаимосвязь структурно-функционального состояния правых и левых отделов сердца у пациентов пожилого и старческого возраста с артериальной гипертонией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. Обследовано 149 пациентов пожилого и старческого возраста с АГ и ИБС (средний возраст $78,18 \pm 0,5$ лет), из них — 133 мужчины. В структуре ИБС преобладали стенокардия напряжения II–III функциональных классов, перманентная/персистирующая форма мерцательной аритмии. Сопутствующая патология преимущественно была представлена абдоминальным ожирением (64%), хронической обструктивной болезнью легких (42%), сахарным диабетом 2 типа (11%). У всех пациентов отмечена хроническая сердечная недостаточность. При поступлении АГ 1-й степени (стп) диагностирована у 60 (40%) лиц, 2-й стп — у 50 (34%), 3-й стп — у 13 (9%), нормальное/высокое нормальное АД наблюдалось у 26 (17%) лиц с АГ и ИБС. Всем пациентам методом ЭхоКГ на аппарате Vivid-7 (USA) определяли основные параметры геометрии и функции правых и левых отделов сердца. Статистический анализ данных проводили с использованием пакета «Statistica 6.0» (Statsoft, USA). Уровень достоверности p считался равным 0,05.

Результаты. У лиц пожилого и старческого возраста с АГ и ИБС было выявлено увеличение полостей сердца со снижением их сократительной функции. При корреляционном анализе полученных данных у исследуемых лиц отмечена прямая зависимость между: уровнем систолического артериального давления (САД) и поперечным размером правого предсердия (ПП) ($r=0,77$; $p=0,002$), уровнем САД и конечным диастолическим размером (КДР) правого желудочка (ПЖ) ($r=0,46$; $p=0,0024$), уровнем САД и временем изоволюмического расслабления (ВИВР) ПЖ ($r=0,54$; $p=0,038$) и ЛЖ ($r=0,32$; $p=0,006$), уровнем диастолического артериального давления (ДАД) и ВИВР ПЖ ($r=0,62$; $p=0,018$), поперечным размером ПП и левого предсердия (ЛП) ($r=0,64$; $p=0,004$), поперечным размером ПП и КДР ЛЖ ($r=0,72$; $p=0,0026$), поперечным размером ПП и ВИВР ЛЖ ($r=0,44$; $p=0,0018$), КДР ПЖ и КДР ЛЖ ($r=0,32$; $p=0,006$), КДР ПЖ и ВИВР ЛЖ ($r=0,66$; $p=0,0034$), КДР ПЖ и массой миокарда ЛЖ (ММЛЖ) ($r=0,38$; $p=0,002$). Обратная корреляционная зависимость обнаружена между: уровнем САД и ФВ ПЖ ($r=-0,76$; $p=0,0036$) и ЛЖ ($r=-0,52$; $p=0,0022$), уровнем ДАД и ФВ ПЖ ($r=-0,38$; $p=0,005$), и ЛЖ ($r=-0,22$; $p=0,006$), поперечным размером ПП и фракцией выброса (ФВ) ЛЖ ($r=-0,24$; $p=0,0016$), КДР ПЖ и ФВ ЛЖ ($r=-0,40$; $p=0,044$), ФВ ПЖ и ФВ ЛЖ ($r=-0,32$; $p=0,034$), ФВ ПЖ и ВИВР ЛЖ ($r=-0,78$; $p=0,0016$), ударным объемом (УО) ПЖ и ВИВР ЛЖ ($r=-0,22$; $p=0,0026$), ФВ ПЖ и толщиной ЗСЛЖ ($r=-0,66$; $p=0,008$), ФВ ПЖ и ММЛЖ ($r=-0,43$; $p=0,036$), ВИВР ПЖ и толщиной ЗСЛЖ ($r=-0,72$; $p=0,0012$).

Выводы. Континуум АГ и ИБС обуславливает структурно-функциональную перестройку полостей сердца у пациентов пожилого и старческого возраста с прямопропорциональной зависимостью ремоделирования ЛЖ от функционального статуса правых отделов сердца.

027 ВЛИЯНИЕ РАДИАЦИОННОГО ФАКТОРА НА ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Подсонная И.В., Ефремушкин Г.Г., Желобецкая Е.Д.

ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России, КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн», Барнаул, Россия

Цель исследования — изучить особенности перестройки нейрофункциональной активности головного мозга после воздействия ионизирующего излучения у больных с дисциркуляторной энцефалопатией и артериальной гипертонией.

Материал и методы. Изучено состояние биоэлектрической активности головного мозга у 125 мужчин, имеющих клинические проявления дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) и артериальной гипертонии (АГ) в возрасте от 30 до 65 лет. В зависимости от радиационного анамнеза пациенты были распределены на 2 группы: 1-ая (основная) — 65 ликвидаторов последствий аварии (ЛПА) на ЧАЭС, 2-ая (группа сравнения) — 60 лиц общей популяции, не имеющих контакта с радиацией. Биоэлектрическую активность головного мозга регистрировали на электроэнцефалографе «Полирон-МБН» (Россия, 2003). Фоновое исследование ЭЭГ проводилось в стандартных условиях с использованием 16 монополярных и биполярных отведений (электроды располагались по междуушной системе 10–20). Для статистической обработки полученных результатов исследования использовался t-критерий Стьюдента, различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. По нашим данным при формировании ДЭ, ассоциированной с АГ, у ликвидаторов чаще (в 10,7 раза; $p < 0,01$) по сравнению с необлученными людьми регистрировались ЭЭГ с нарушенными характеристиками альфа-ритма. У ЛПА отмечено преобладание (в 3,7 раза; $p < 0,001$) низкочастотного диапазона альфа-ритма над высокочастотным, в ГС — больше (в 2,2 раза; $p < 0,001$) представлен высокочастотный альфа-ритм. У ЛПА чаще (в 3,0 раза; $p < 0,001$), чем в ГС отмечена склонность к снижению амплитудных характеристик альфа-ритма, его редукция (в 2,7 раза; $p < 0,001$) и нетипичное его распределение по областям головного мозга (чаще в 4,0 раза; $p < 0,001$). Плоская альфа-активность при ДЭ с АГ у ЛПА регистрировалась в 40,0% случаев, у лиц общей популяции частота появления подобного ритма обнаруживалась реже в 3,0 раза ($p < 0,01$). Адекватная ответная реакция активации ЭЭГ регистрировалась у каждого третьего ЛПА (35,4% случаев), и это реже, чем в группе сравнения в 2,1 раза ($p < 0,001$). При гипервентиляции наблюдалось возбуждение медленноволновой активности головного мозга у ЛПА в 32,3% случаев, в ГС — в 13,3% случаев. На фотостимуляцию ответная реакция мозга в пределах варианта нормы была более характерна для необлученных больных с ДЭ и АГ, выявляясь в 2,4 раза чаще, чем среди ЛПА (48,3% случаев; $p < 0,001$).

Выводы. Наличие в анамнезе радиационного фактора при развитии ДЭ с АГ ассоциируется с перестройкой биоэлектрической активности мозга в альфа-диапазоне, повышая риск формирования патологических изменений альфа-ритма ЭЭГ в 11 раз ($p < 0,01$), что указывает о снижении нейрофункциональной активности мозга, и, тем самым, уменьшении возможности адаптации центральной нервной системы к патологическим состояниям, возникающим после облучения.

028 ВЛИЯНИЕ СТЕПЕНИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИЙНЫХ РАБОТ НА ЧАЭС

Подсонная И. В., Шумахер Г. И.

ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России, КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн», Барнаул, Россия

Обеспечение полноценного кровоснабжения головного мозга зависит от возможностей ауторегуляции церебрального кровотока, состояния церебральных сосудов и вещества головного мозга, церебрального перфузионного давления, которое, в свою очередь, напрямую зависит от системного артериального давления.

Цель исследования — изучить динамику развития мозгового инсульта при дисциркуляторной энцефалопатии в зависимости от степени артериальной гипертензии у ликвидаторов аварийных работ на ЧАЭС.

Материал и методы. Обследовано 86 мужчин, ликвидаторов последствий аварии (ЛПА) на ЧАЭС, возраст которых на момент облучения колебался от 20 до 49 лет. Все наблюдаемые ЛПА имели клинические признаки дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) и артериальной гипертензии (АГ). В течение 20 лет изучалась частота развития мозгового инсульта (МИ) в зависимости от степени (стп) повышения уровня артериального давления. Диагноз МИ был верифицирован общепринятыми клинико-неврологическими, лабораторно-функциональными, рентгенологическими методами исследования. Для статистической обработки полученных результатов исследования использовался t-критерий Стьюдента, различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. По нашим данным из 86 острых церебральных расстройств, сформировавшихся за 20 лет наблюдения, большинство составили ЛПА с ДЭ, имеющие АГ 2 стп (66,3% случаев), каждый третий имел АГ 3 стп (29,1% случаев), наименьшее количество пришлось на ЛПА с ДЭ и АГ 1 стп — 4,6%. В первое десятилетие после облучения у ликвидаторов с ДЭ, имевших повышенное АД до уровня АГ 2 стп, МИ развивались в 66,7% случаев, что чаще, чем у ЛПА с ДЭ и АГ 3 стп в 2,4 раза; с ДЭ и АГ 1 стп — в 12,1 раза. Во второе десятилетие, так же, как и в первое, МИ развивались чаще среди ЛПА с ДЭ и уровнем АД, соответствующим 2 стп АГ (66,2% случаев), превышая данные у ЛПА с ДЭ и АГ 3 стп в 2,3 раза, с ДЭ и АГ 1 стп — в 15,0 раз. Выявлено, что ликвидаторы с ДЭ, страдающие АГ 1 стп имели только однократные эпизоды острых нарушений мозгового кровообращения. Наличие ДЭ и АГ 2 стп ассоциировалось в 1,5% случаев с повторными инсультами и в 15,9% случаев с первичными МИ, то есть с разницей в 10,6 раза ($p < 0,001$). У ЛПА с ДЭ и АГ 3 стп количество однократных МИ (14,5% случаев) было сравнимо с их числом при ДЭ и АГ 2 и АГ 1 степеней. Частота повторных МИ (8,2% случаев) у ликвидаторов с ДЭ и АГ 3 стп превышала данные, характерные для лиц с ДЭ и АГ 2 стп в 5,5 раза. Изучение вариантов течения МИ у ЛПА показало, что геморрагические инсульты возникали в основном при наличии ДЭ и АГ 3 стп (1,8% случаев), что было чаще, чем при ДЭ и АГ 2 стп в 3 раза (0,6% случаев). При ДЭ и АГ 1 стп случаев ГИ не регистрировалось. Ишемические инсульты (ИИ) при ДЭ и АГ 1 стп перенес каждый седьмой ЛПА (13,7% случаев), при ДЭ и АГ 2 стп — каждый шестой (16,8%), ДЭ, при АГ 3 стп — каждый пятый (20,9%). Транзиторные ишемические атаки (ТИА) формировались с большим преимуществом (в 2,0 раза) при АГ 1 стп, «малые» ИИ больше (в 2,1 раза) ассоциировались с ДЭ и АГ 2 стп. При ДЭ с АГ 3 стп таких вариантов, как ТИА и «малый» ИИ, не возникало. При столь выраженном подъеме уровня АД чаще развивались тяжелые ИИ — у каждого пятого ЛПА (20,9% случаев). У ликвидаторов частота ИИ при АГ 1 стп была меньше, чем при АГ 3 стп, в 6,1 раза ($p < 0,001$), при АГ 2 стп — в 3,4 раза.

Заключение. Риск развития мозгового инсульта у ЛПА с дисциркуляторной энцефалопатией в большей степени зависит не от срока давности радиационного облучения, а от сформировавшегося уровня АД. Установлена закономерность — чем выше степень артериальной гипертензии, тем тяжелее вариант течения мозгового инсульта и выше риск повторного его развития.

029 ВЛИЯНИЕ СТЕПЕНИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ НА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЙ КРОВОТОК У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Попова М. А., Долгополова Д. А., Веденькина И. В., Терентьева Н. Н.

ГОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры», БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», Сургут, Россия

Введение (цели/задачи) Показатель объема форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ1) является ценным диагностическим инструментом и основным параметром легочной функции, позволяющим оценивать степень тяжести хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), прогрессирование заболевания, определять риск смерти. В многочисленных исследованиях показана ассоциация между снижением показателя ОФВ1 и повышенным риском развития ишемической болезни сердца (ИБС), однако, вопрос влияния изменений функции внешнего дыхания (ФВД) на цереброваскулярный кровоток недостаточно освещен в литературе.

Материал и методы. В группе больных с ХОБЛ (n=51) было проведено углубленное инструментальное обследование, включающее ультразвуковое исследование и цветное доплеровское картирование брахиоцефальных сосудов (БЦС), эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ) по стандартной методике с учетом рекомендаций Американского эхокардиографического общества с помощью кардиоваскулярной ультразвуковой системы «Visit 7 Pro» General Electric (USA), а также исследование ФВД на компьютерном спирографе «Master Screen» Viasys Iaedder (Германия). Степень обструкции оценивали по уровню ОФВ1 в соответствии с рекомендациями GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) (2007). Критерием включения являлось наличие ХОБЛ II, III, IV степени тяжести. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы Mc Excell 2007, «Statistica 8.0».

Результаты. Большинство обследуемых 47% (n=24) имели ХОБЛ средней степени тяжести. По мере утяжеления бронхиальной обструкции наблюдается изменение морфофункциональных показателей левого желудочка (ЛЖ). Обнаружено, что концентрическая гипертрофия встречается достоверно чаще у пациентов ХОБЛ средней степени тяжести ($p<0,05$). При тяжелой степени тяжести ХОБЛ достоверно чаще встречается эксцентрическая гипертрофия левого желудочка ($p<0,05$). Были обнаружены достоверные отрицательные корреляционные связи между ОФВ1 и размерами правого желудочка ($r=-0,58$) и систолическим давлением в легочной артерии ($r=-0,53$). Достоверных различий в отношении гемодинамических показателей цереброваскулярного кровотока по данным доплерографического исследования БЦС и показателями ФВД найдено не было. Были обнаружены невыраженные отрицательные корреляционные связи между ОФВ1 и количеством атеросклеротических бляшек (АБ) в БЦС ($r=-0,23$).

Выводы. Прогрессирование бронхиальной обструкции влияет, главным образом, на морфофункциональные показатели ЛЖ, в меньшей степени оказывая влияние на развитие и прогрессирование атеросклеротических изменений БЦС, не усугубляя, при этом, скоростные показатели цереброваскулярного кровотока.

030 ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ АКТИВНОСТИ АЛЬДОСТЕРОНА ПЛАЗМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Рузов В. И., Крестьянинов М. В., Гимаев Р. Х., Разин В. А.
ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, Россия

Имеются свидетельства о роли альдостерона в формировании гипертонического ремоделирования сердца. Однако,

связь уровня плазменного альдостерона с выраженностью ремоделирования неоднозначна. Одновременно, имеющиеся данные о гендерных различиях в концентрации альдостерона плазмы у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и характере взаимосвязи с параметрами гипертонического ремоделирования сердца — свидетельствуют как о наличии гендерных особенностей связи альдостерона со структурными и функциональными изменениями сердца, так и об их отсутствии. Поэтому, оценка активности плазменного альдостерона является важным элементом в процессе диагностики и терапии гипертонической болезни.

Целью работы является оценка концентрации альдостерона плазмы у больных гипертонической болезнью II стадии II степени.

Методы исследования. Концентрацию альдостерона плазмы (КАП) определяли радиоиммунологическим методом. Забор крови из локтевой вены забирался в положении пациента стоя, для снижения гемодинамической нагрузки. Результаты обрабатывались с помощью пакета программ STATISTICA 8.0. Данных с нормальным распределением представлялись в виде М (SD), с распределением отличным от нормального — Ме (верхний квартиль; нижний квартиль). Для сравнения независимых групп с нормальным распределением использовался Т-тест Стьюдента в модификации Левина, для групп с распределением отличным от нормального — определение критерия Манна-Уитни. Статистическая значимость методов устанавливалась при уровне $p<0,05$.

Полученные результаты. В настоящем исследовании проведена связь активности плазменного альдостерона с изменениями структурно-функциональных параметров сердца и состоянием эритроцитарного гомеостаза. В исследование включено 31 больной гипертонической болезнью II стадии II степени и 27 практически здоровых лиц в качестве контрольной группы. Анализируя гендерные различия концентрации альдостерона в плазме крови больных ГБ было установлено, что у больных ГБ уровень альдостерона в крови у мужчин больных ГБ выше, по сравнению со здоровыми (соответственно, 214,88 (69,07) и 106,69 (36,17), $p<0,001$). Такая же зависимость наблюдается у женщин: уровень альдостерона в плазме больных гипертонической болезнью значимо выше, по сравнению контрольной группой (соответственно, 133,41 (119,68; 175,26) и 103,26 (69,65; 110,59), $p<0,001$). Полученные результаты свидетельствуют о повышенной активности альдостерона плазмы у больных ГБ.

Изучение гендерных различий в концентрации альдостерона плазмы у больных гипертонической болезнью II стадии выявило большую активность альдостерона у мужчин по сравнению с женщинами (соответственно, 228,24 (152,50; 274,63) и 133,41 (119,68; 175,26), $p<0,01$).

Таким образом, в результате проведенного исследования выявлены гендерные различия концентрации альдостерона плазмы у больных гипертонической болезнью, выражающиеся в более высокой концентрации альдостерона у мужчин.

031 ЛАБИЛЬНОСТЬ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕГОМОГЕННОСТИ МИОКАРДА У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Рузов В. И., Крестьянинов М. В., Халаф Х., Гимаев Р. Х.
ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, Россия

В настоящее время электрическая негомогенность миокарда у больных АГ считается предиктором фатальных желудочковых аритмий. Но вопрос о значимости выявления поздних потенциалов у здоровых лиц остается неясным. Различные исследования выявляют поздние потенциалы у 6–10% здоровых лиц, и не определяют норма это или патология.

Целью исследования является изучение значения нагрузочного тестирования для выявления электрической негомогенности миокарда у здоровых лиц молодого возраста.

Методы исследования. Было исследовано 40 человек без кардиальной патологии: 20 мужчин, средний возраст 21 (2)

лет, 20 женщин, средний возраст 20 (1) лет. Всем лицам выполнялась ЭКГ высокого разрешения с целью выявления поздних потенциалов желудочков, согласно рекомендациям американского колледжа кардиологии. После этого выполнялся тредмил-тест по протоколу Брюса. Тест прекращался при достижении субмаксимальных значений ЧСС. Средняя нагрузка составила 10,3 (10,1; 10,8) МЕТ. Через 5 минут после окончания тредмил-теста выполнялось повторное определение поздних потенциалов желудочков. Второе повторное определение поздних потенциалов проводилось через 15 минут после окончания тредмил-теста. Результаты обрабатывались с помощью пакета программ STATISTICA (data analysis software system), version 8.0 (StatSoft, Inc., 1984–2008). Сравнение относительных частот встречаемости признака проводилось посредством построения таблицы 2x2 и определения критерия χ^2 в модификации Ейтса. Статистическая значимость методов устанавливалась при уровне $p < 0,05$.

Полученные результаты. Электрическая негетомогенность до физической нагрузки встречалась у 15% ($n=3$) женщин и 20% ($n=4$) мужчин. Через 3 минуты после проведения тредмил-теста поздние потенциалы выявлены у 80% ($n=16$) женщин и 85% ($n=17$) мужчин. Таки образом, возросло число лиц с зарегистрированными поздними потенциалами желудочков, как среди женщин ($\chi^2=16,9$; $p < 0,01$), так и среди мужчин ($\chi^2=16,9$; $p < 0,01$). Через 15 минут после тредмил-теста поздние потенциалы зарегистрированы у 20% ($n=4$) женщин и 20% ($n=4$) мужчин.

Таким образом, у молодых здоровых людей при физической нагрузке отмечается увеличение частоты регистрации поздних потенциалов желудочков, и её уменьшение после 15 минут покоя. Также тредмил-тест позволяет выявить наличие лабильных и стабильных электрофизиологических нарушений миокарда у здоровых лиц.

032 ВЛИЯНИЕ НАРУЖНОЙ КОНТРАПУЛЬСАЦИИ НА ВАЗОРЕГУЛИРУЮЩУЮ И АТРОМБОГЕННУЮ ФУНКЦИИ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Рябов В. В. *, Антипова М. А. *, Юдина Н. В., Кулагина И. В., Марков В. А. *, Карпов Р. С. *

*ГБОУ ВПО СибГМУ МЗ и СР, Томск; ФГБУ НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Цель. Изучить влияние курса наружной контрапульсации (НКП) на функцию эндотелия сосудов.

Материал и методы. Выполнено открытое контролируемое методом групп сравнения исследование в которое включили 35 пациентов, среднего возраста $59,46 \pm 8,6$ лет со стабильной стенокардией напряжения II–III ФК. Критериями исключения были известные противопоказания к проведению НКП. Пациенты разделены на две группы: 1-я группа – 22 человека, которым проводили 35 сеансов активной НКП; давление, в манжетах составляло 240–280 мм рт.ст.; 2-я группа sham-контроля – 13 человек, которым также проводились сеансы НКП, только давление в манжетах составляло 120 мм рт.ст. Процедуры НКП проводились на кардиотерапевтическом комплексе TS 3 («Vasomedical», США). Группы больных были сопоставимы по демографическим, клинко-анамнестическим характеристикам. Функцию эндотелия сосудов оценивали с помощью пробы Целермайера. Кроме того, количественно определяли содержание в плазме крови фактора Виллебранда, антитромбина III, плазминогена, протеина С, тканевого активатора плазминогена и его ингибитора исходно, после 10, 15 и 35 сеансов НКП.

Результаты. Из 30 больных, у которых результаты пробы Целермайера были проанализированы, у 23 (76,67%) выявлена эндотелиальная дисфункция (ЭД). Выявлена тенденция к сопоставимости результатов пробы Целермайера с содержа-

нием в плазме ингибитора тканевого активатора плазминогена ($98,8 \pm 41,05$ в группе с ЭД против $60,38 \pm 16,72$, в группе без ЭД, $p=0,07$). Установлено улучшение потокзависимой вазодилатации в основной группе: возрастал % прироста диаметра плечевой артерии с $4,79 \pm 8,16\%$ до $9,79 \pm 7,79\%$, $p < 0,05$ после лечения. В группе контроля изменений не выявлено ($6,64 \pm 3,7\%$ до $7,08 \pm 5\%$, $p=0,72$). После лечения отмечали повышение АТ III с $84,44 \pm 8,05$ до $93,08 \pm 10,3\%$, $p < 0,05$ в основной группе. Тогда как в группе sham-контроля его уровень не изменялся ($6,64 \pm 3,7\%$ до $7,08 \pm 5\%$, $p=0,72$). После лечения отмечали повышение уровня плазминогена с $95,57 \pm 23\%$ до $111,18 \pm 19,67\%$, $p < 0,05$ в основной группе. В группе контрольного лечения уровень плазминогена значимо не изменялся ($98,58 \pm 15,5\%$ до лечения и $108,12 \pm 21,95\%$ после лечения, $p=0,14$). После 15 сеансов НКП обнаружили снижение ингибитора тканевого активатора плазминогена в основной группе с $90,65 \pm 35,96$ до $68,23 \pm 30,11$ нг/мл, $p < 0,05$. В группе контроля его уровень не изменялся ($75,51 \pm 36,85$ нг/мл до против $73,03 \pm 43,74$ нг/мл, $p=0,8$).

Выводы. У больных стенокардией напряжения наблюдается ЭД. Это определяет особенности патофизиологии коронарной недостаточности, расширяя их за пределы концепции динамического и фиксированного стеноза венечных артерий. Сеансы НКП оказывают позитивное воздействие на ЭД. Одним из возможных механизмов этого является активация атромбогенной активности сосудистой стенки.

033 ЧАСТОТА РЕСТЕНОЗОВ СТЕНТОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АПФ

Сергиенко Т. Н., Муслимова Э. Ф., Афанасьев С. А., Репин А. Н.

ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования: оценить частоту рестенозов стентов у больных ИБС в отдаленном периоде и определить роль полиморфизма I/D гена АПФ в развитии рестенозов стентов.

Материал и методы. Обследовано 77 мужчин, перенесших стентирование коронарных артерий с применением стентов с лекарственным покрытием и поступивших в отделение реабилитации НИИ кардиологии. Средний возраст составил $58,6 \pm 9,5$ лет. Контрольная коронароангиография (КВГ) была проведена всем пациентам в среднем через 26,5 месяцев после проведения эндоваскулярного лечения. У всех обследованных изучали характер I/D полиморфизма гена АПФ. Выделение ДНК проводили из лейкоцитов периферической крови с помощью коммерческого набора «WizardR Genomic DNA Purification Kit» («Promega», USA) по протоколу производителя. Амплификацию полиморфного участка гена осуществляли с помощью полимеразной цепной реакции с последующей детекцией методом электрофореза в агарозном геле. Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета STATISTICA 8.0. Данные представлялись в виде «среднее $\pm$ стандартное отклонение». Статистически достоверными считался уровни $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. По результатам проведенной КВГ рестеноз стентов был выявлен у 25% больных ($n=19$). При анализе распределения частот в общей выборке генотипы I/I и D/D определялись одинаково часто: по 23,4% больных ($n=18$) в каждом случае. Гетерозиготный генотип I/D встречался чаще – у 53,2% ($n=41$), что соответствует литературным: в популяции гораздо чаще встречаются гетерозиготы I/D, нежели гомозиготы I/I и D/D.

В дальнейшем было сформировано две группы исследования в зависимости от наличия рестеноза стентов: в первую группу вошли 19 пациентов, у которых был выявлен рестеноз стентов. Группу сравнения составили 58 человек, у которых по результатам КВГ признаков рестеноза не было обнаружено. Нами установлено, что у больных с рестенозом стента мутантный генотип D/D встречается у 32% больных, а у пациентов с сохраненной проходимостью стентов – у 20% ($\chi^2=4,830$, $p=0,089$).

При анализе распределения частот аллелей полиморфизма I/D гена АПФ было выявлено, что среди пациентов с рестенозом аллель D встречается чаще (69,2%), чем аллель I (30,8%), в отличие от группы сравнения, в которой частота встречаемости аллеля I (56,25%) исследуемого полиморфного варианта превышает частоту встречаемости аллеля D (43,75%). При статистическом анализе выявлены достоверные различия между группами исследования в распределении частот аллелей ($\chi^2=4,128$, $p=0,042$). Тем не менее, анализ распределения частот генотипов полиморфизма I/D гена АПФ не показал статистически значимых различий между группами исследования.

Выводы. Носительство полиморфного аллеля D гена АПФ является фактором риска развития рестеноза стентов. На основании данных генетических исследований возможно выделение группы риска с дальнейшей разработкой эффективной тактики терапии с подбором наиболее действенных лекарственных средств.

034 ЗНАЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Сироткина А. М., Хохлов А. Л., Воронина Е. А., Рыбачкова Ю. В., Мельникова Ю. Е.

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Цель. Изучение влияния полиморфизма генов-кандидатов на течение артериальной гипертензии (АГ) и хронической сердечной недостаточности (ХСН) и прогнозирование эффективности антигипертензивной терапии.

Методы исследования. Обследовано 73 пациента с АГ (средний возраст $56,3 \pm 13,4$ лет, 78% мужчин, 22% женщины, средняя длительность АГ $7 \pm 4,8$ лет). Проанализированы факторы риска (ФР) АГ: отягощенная наследственность, курение, индекс массы тела (ИМТ), показатели липидного спектра, креатинина и глюкозы. Фармакогенетическое тестирование проведено с изучением полиморфизмов генов: AGT 704, AGT: 521, AGTR1: 1166, AGTR2: 1675, ADD1: 378, CYP11B2: -344; GNB3: 825; NOS3: -786 и NOS3: 894. Выделено 2 группы: 1 группа — 38 человек с АГ без ХСН (средний возраст $48,3 \pm 7,8$ лет, средняя длительность АГ $5,02 \pm 4,2$ лет), 2 группа — 35 пациентов с АГ и ХСН (средний возраст $65,2 \pm 12,4$ лет, средняя длительность АГ $9,02 \pm 4,6$ лет).

Полученные результаты. В 1 группе АГ 1 стадии выявлена в 13,2%, 2 стадии — 86,8%, 1 степени — 65,8%, 2 степени — 34,2% случаев. В 2 группе АГ 1 стадии наблюдалась у 5,6% больных, 2 стадии — 25,7%, 3 стадии — 68,7%, 1 степени — 37,1%, 2 степени — 22,9%, 3 степени — 40%. В группе 2 чаще встречалась АГ 2—3 стадии ($p=0,00$). ФР развития АГ: повышение ИМТ у 84,9% пациентов, дислипидемия у 56,2%, гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ), курение и отягощенная наследственность у 38,3% соответственно, повышение уровня глюкозы плазмы крови натощак у 12,3%, креатинина у 5,5%. В группе 2 достоверно чаще встречались ГЛЖ ($p=0,01$), повышенный ИМТ ($p=0,03$). Одновременно 2 мутации-гомозиготы отмечались в 49,3%, 3-в 23,3%, 4-в 9,6%, 5 и 6 мутаций в 1,4% случаев, соответственно. Наиболее часто выявлены полиморфизмы генов CYP11B2: -344 (83,6%), NOS3: -786 (74%), AGT: 704 (69,9%), NOS3: 894 (61,6%), AGTR2: 1675 (58,9%), что указывает на риск развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО). В 1 группе чаще встречались CYP11B2: -344 и GNB3: 825 ($p=0,04$), что возможно ассоциировано с ранним началом АГ. По данным ЭХОКГ среднее значение фракции выброса (ФВ) в 1 группе — $61,9 \pm 5,4\%$, во 2 группе — $59,2 \pm 8,9\%$. Диастолическая дисфункция левого желудочка отмечалась у 74,3%, систолическая у 39,1% пациентов. Выявлена тенденция к увеличению частоты встречаемости AGTR1: 1166, что возможно связано с более тяжелым течением ХСН. В 1 группе выявлена зависимость между повышением уровня общего холестерина (ОХ) и полиморфизмом гена NOS3: -786 ($p=0,00$). Во 2 группе установлена взаимосвязь ОХ и полиморфизма гена AGTR2: 1675 ($p=0,04$), также наблюдается тенденция к взаимосвязи сниженной ФВ с полиморфизмом CYP11B2: -344 ($p=0,07$).

Выводы. Результаты генетического тестирования позволяют прогнозировать степень риска развития АГ и возникновение ССО, что может улучшить исход заболевания путем коррекции ФР, адекватного подбора превентивного лечения и повышения приверженности к нему.

035 МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Смирнова И. Н.

ФГБУН «Томский научно-исследовательский институт курортологии и физиотерапии Федерального медико-биологического агентства», Томск, Россия

Цель исследования: разработка стандартизированной системы оценки эффективности восстановительного лечения больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы исследования. Проведен анализ эффективности восстановительного лечения 432 больных ГБ. Оценивали динамику основных клинико-лабораторных и функциональных показателей, характеризующих течение ГБ. Для суждения о степени напряженности функционирования неспецифических адаптационных механизмов определялись тип реакции адаптации и уровень реактивности по Л.Х. Гаркави. Состояние основных систем гомеостаза организма оценивали по данным показателей свертывающей системы крови (фибриноген, фибринолитическая активность, АПТВ, МНО), перекисного окисления липидов (церулоплазмин, каталаза, малоновый диальдегид), глюкозы и липидного обмена (содержание триацилглицеридов, общего холестерина, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, ЛПОНП и индекса атерогенности). Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы оценивали по данным доплерографической эхокардиографии, СМАД, ЭКГ и велоэргометрии. Оценку психологического статуса осуществляли по результатам опросников SF-36, HADS и MFI-20.

Результаты исследования. Решение поставленных задач проводилось в четыре этапа. На первом этапе исследования была проведена экспертная оценка эффективности восстановительного лечения 290 пациентов с ГБ по историям болезни. Устойчивость заключения врачей проверялась повторной оценкой эффективности лечения этих же больных через 5–7 дней. Второй этап разработки системы заключался в проведении корреляционного анализа между терапевтической эффективностью, полученной путем экспертной оценки, и динамикой лабораторно-функциональных исследований. В результате корреляционного анализа для больных ГБ информативными оказались 27 параметров, отражающих состояние сердечно-сосудистой системы, липидного спектра, свертывающей системы крови и перекисного окисления липидов, а также психологического статуса.

Методология оценки эффективности заключается в нескольких последовательных этапах. На первом этапе оценки эффективности все показатели ранжируются по шкале Харрингтона в зависимости от степени отклонения их от нормы. В результате такого преобразования значения показателей переводятся в порядковую шкалу с количественными баллами, где максимальный балл присваивается показателям с максимальным отклонением от нормы (4 балла). Следующий этап оценки — определение суммарного фактического отклонения, позволяющего учитывать не только реальные значения каждого показателя, но и их суммарное количественное отклонение от оптимального значения. Далее производится расчет интегрального показателя здоровья (ИПЗ). Непосредственная оценка эффекта лечения определяется из разности значений ИПЗ до и после курса лечения. Градации изменения ИПЗ определены с учетом проведенной ранее экспертной оценки эффективности лечения: уменьшение ИПЗ расценивается как ухудшение, прирост ИПЗ до 5% — без перемен, прирост на 5,1–10% — незначительное улучшение, прирост на 10,1–15% — улучшение, более 15% — значительное улучшение.

036 НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИЙ ПЕПТИД, МЕДИАТОРЫ ВОСПАЛЕНИЯ И ТРОПОНИН I У ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ УСТРОЙСТВАМИ ДЛЯ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Солдатова А. М., Кузнецов В. А., Енина Т. Н., Рычков А. Ю., Шебеко П. В.

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

Цель. Изучение уровней цитокинов, натрийуретического пептида (NT-proBNP), тропонина I (TnI) у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I–IV функционального класса (ФК) по NYHA и имплантированными устройствами для сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ).

Материал и методы. У 97 пациентов с устройствами для СРТ (мужчин 88%, средний возраст $55,2 \pm 9,4$ года), с ХСН (ИБС – 60%, кардиомиопатия неишемического генеза – 40%) было выполнено эхокардиографическое обследование, произведены измерения NT-proBNP, интерлейкинов (ИЛ) 1, 6, фактора некроза опухоли – α (α -ФНО), С-реактивного белка (СРБ). У 48 пациентов исследован уровень Тропонина I (TnI). По уровню NT-proBNP были выделены три группы: I ($n=29$) ≤ 848 пг/мл, II ($n=36$) $848–2936$ пг/мл, III ($n=32$) ≥ 2936 пг/мл.

Результаты. Уровни NT-proBNP, ИЛ-1, ИЛ-6, СРБ имели достоверные связи со структурно-функциональными характеристиками сердца. Отмечено снижение ИЛ-1 при увеличении NT-proBNP: в I гр. – $5,15 \pm 1,46$, во II – $4,96 \pm 1,20$, в III – $4,36 \pm 0,88$ пг/мл. ИЛ-1 в III гр. был ниже, чем в I ($p=0,004$) и II гр. ($p=0,023$). В I гр. уровень ИЛ-6 составил $3,01 \pm 1,81$ пг/мл, во II гр. $4,67 \pm 4,52$ пг/мл, и в III $4,62 \pm 2,39$ пг/мл. ИЛ-6 в III гр. был выше, чем в I гр. ($p<0,001$) и во II гр. ($p=0,028$). В I гр. ИЛ-1 имел прямую связь с фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ) ($p=0,002$; $r=0,294$), в III гр. связь становилась обратной ($p=0,002$; $r=-0,577$). В I гр. ИЛ-1 прямо коррелировал с ИЛ-6 ($r=0,434$; $p=0,02$), СРБ ($r=0,306$; $p=0,039$), α -ФНО ($r=0,394$; $p=0,006$), во II гр. с α -ФНО ($r=0,449$; $p=0,002$) и обратно – с NT-proBNP ($r=-0,306$; $p=0,039$). ИЛ-6 в III гр. коррелировал с СРБ ($r=0,419$; $p=0,042$) и NT-proBNP ($r=0,584$; $p=0,042$). Уровень TnI коррелировал с ФК по NYHA ($r=0,287$; $p=0,048$), размерами левого предсердия ($r=0,376$; $p=0,008$), правого желудочка ($r=0,326$; $p=0,030$), конечно-систолическим и диастолическим диаметрами левого желудочка ($r=0,473$; $p=0,004$; $r=0,326$; $p=0,024$), ИЛ-6 ($r=0,365$; $p=0,011$), NT-proBNP ($r=0,350$; $p=0,015$), и обратно с ФВЛЖ ($r=-0,375$; $p=0,013$).

Выводы. У пациентов с невыраженной ХСН ИЛ-1 вероятно играет адаптивную роль. Высокие уровни ИЛ-6, СРБ, TnI, связанные со структурно-функциональными изменениями миокарда, могут быть использованы в качестве маркеров декомпенсации ХСН у больных с СРТ.

037 ВЛИЯНИЕ КОМБИНАЦИИ ЛОЗАРТАНА И АТОРВАСТАТИНА НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК НЕДИАБЕТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Соломенчук Т. Н., Семеген-Бодак К. В.

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, Львов, Украина

Цель. Проследить динамику показателей липидного спектра крови, перекисного окисления липидов и скорости клубочковой фильтрации (СКФ) у больных хронической болезнью почек (ХБП) недиабетического генеза на фоне комбинированной терапии лозартаном и аторвастатином.

Методы исследования. Обследовано 24 больных ХБП III стадии (17 мужчин и 7 женщин, средний возраст – 53,9 года), из которых у 13 лиц причиной ХБП был хронический гломерулонефрит, у 11 – гипертензивная нефропатия.

У больных в первый день госпитализации и через 3 месяца

лечения определяли: общий холестерин (ОХС), ХС липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), ХС липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), ХС липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), триглицериды (ТГ); уровень урикемии, малонового диальдегида и СКФ. Оценивали динамику уровней АД: систолического (САД), диастолического (ДАД) и пульсового (ПАД).

Полученные результаты. На фоне трехмесячного лечения лозартаном и аторвастатином отмечено уменьшение уровня АД (мм рт.ст.): САД – с $155,20 \pm 2,01$ до $130,80 \pm 1,62$ ($p<0,05$); ДАД – с $94,00 \pm 1,06$ до $86,00 \pm 1,21$ ($p<0,05$); ПАД – с $61,20 \pm 2,11$ до $44,80 \pm 1,02$ ($p<0,05$). Улучшилось состояние липидного обмена: снизился уровень ОХС (ммоль/л) с $5,80 \pm 0,20$ до $4,99 \pm 0,07$ ($p<0,05$); ХС ЛПНП – с $3,72 \pm 0,15$ до $3,22 \pm 0,08$ ($p<0,05$); ХС ЛПОНП – с $0,84 \pm 0,04$ до $0,80 \pm 0,02$ ($p>0,05$); ТГ – с $1,83 \pm 0,10$ до $1,72 \pm 0,07$ ($p<0,05$), уровень ХС ЛПВП практически не изменился. На фоне лечения снизилась концентрация малонового диальдегида (нмоль/мл) с $0,542 \pm 0,02$ до $0,47 \pm 0,02$ ($p<0,05$) и уровень урикемии (ммоль/л) с $0,34 \pm 0,02$ до $0,31 \pm 0,01$ ($p<0,05$), улучшилась фильтрационная функция почек: достоверно выросла СКФ (мл/мин) с $50,22 \pm 3,40$ до $57,90 \pm 3,70$ ($p<0,05$).

Выводы. У больных ХБП наблюдаются признаки атерогенной дислипидемии: повышение уровня ОХС, ХС ЛПНП и ТГ. Комбинированное применение лозартана (как нефропротекторного препарата) и аторвастатина приводит не только к достоверному снижению АД, но и к существенному улучшению состояния липидного обмена, уменьшению выразительности оксидативного стресса, снижению уровня урикемии и повышению СКФ. Указанные изменения могут лежать в основе снижения высокого кардиоваскулярного риска, характерного для больных ХБП.

038 ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИОРАЛЬНОГО БАЛЛОННОГО КОНТРУЛЬСАТОРА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ШОКА

Таран О. Ю., Фролов А. В., Сукманова И. А., Скориченко В. В. КГБУЗ «Краевая клиническая больница», Барнаул, Россия

Цель исследования. Показать эффективность применения внутриорального баллонного контрпульсатора (ВАБК) в комплексной терапии шока.

Материалы и методы. В отделении кардиореанимации Краевой клинической больницы за 2011–2012 гг с применением ВАБК успешно пролечено 4 пациента с шоками различной этиологии.

Полученные результаты. Больной П., 73 года. Диагноз: ИБС. Повторный передний не Q инфаркт миокарда от 27.07.2011 г. Стентирование в/з ПНА (15.03.11), рестеноз стента в/з ПНА, БАП внутри стента (29.07.11 г). Кардиогенный шок от 31.07.11 г. Клиника: 31.07.11 г снижение АД до 70/40 мм рт ст. Начата инфузия вазопрессоров, в связи с неэффективностью инотропной поддержки, наложена ВАБК в режиме 1:1, на фоне чего АД повысилось до 105/70, доза дофамина уменьшена до 3 мкг/кг/мин в течение суток, 03.08.11 остановлена инфузия дофамина, на 4 сутки ВАБК прекращена. На 14 сутки больной переведен в отделение кардиологии и на 21 сутки выписан домой.

Больной Я., 60 лет. Диагноз: ИБС. К\о передне-боковой инфаркт миокарда от 15.10.11. Острая аневризма передней стенки ЛЖ. Стентирование ПНА, БАП 2 ДВ от 16.10.11. Кардиогенный шок от 16.10.11 г. Клинически с 16.10.11 отмечено снижение АД до 75/45 мм рт ст, начата вазопрессорная поддержка, с 18.10.11 в связи с неэффективностью вазопрессоров (снижения АД до 60/40) наложена ВАБК в режиме 1:1 с максимальным раздуванием баллона, на фоне чего на 4 сутки АД стабилизировалось, на 16 сутки больной со стабильной гемодинамикой переведен в отделение неврологии и на 51 сутки выписан домой.

Больной К., 63 лет. Диагноз: Двусторонняя полисегментарная нозокомиальная пневмония, тяжелое течение. Пульмогенный сепсис. Инфекционно-токсический шок от 25.12.11 г. Клинически с 25.12.11 г отмечено снижение АД

до 40\10 мм рт.ст., выраженная слабость, головокружение, озноб. Несмотря на высокие дозы вазопрессоров сохранялась нестабильность гемодинамики (АД 50\30, ЧСС-96 в мин). Наложена ВАБК 1:2, на фоне которой уменьшена инотропная поддержка и при стабилизации АД на 3 сутки ВАБК прекращена. На 16 сутки со стабильной гемодинамикой переведен в отделение пульмонологии и на 36 сутки выписан домой.

Больная Н., 17 лет. Диагноз: Объемное образование IV желудочка. Операция 15.02.12 г. Декомпрессивная трепанация ЗЧЯ. Интраоперационный к\о передне-боковой инфаркт миокарда от 15.02.12. Кардиогенный шок от 15.02.12 г. Клинически 15.02.12 во время операции отмечено снижение АД до 80\40 мм рт.ст. по ЭКГ: признаки повреждения по передне-боковой стенке ЛЖ. АД 80\50 мм.рт.ст. ЧСС-86 в мин. В связи с прогрессирующей гипотонией на фоне больших доз вазопрессоров, наложена ВАБК 1:1, постепенно доза дофамина уменьшена с последующей отменой, на фоне стабильного АД 110\60 мм.рт.ст на 5 сутки ВАБК прекращена. На 12 сутки больная со стабильной гемодинамикой переведена в отделение кардиологии и на 25 сутки выписана домой.

Выводы. Применение ВАБК является высокоэффективным методом в комплексной терапии шока различной этиологии, приведенные примеры обосновывают необходимость его более широкого применения на практике.

039 НЕЙРОПРОТЕКТОРНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИЗОЛИРОВАННОГО И СОЧЕТАННОГО РЕСПИРАТОРНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ГИПОКСИЕЙ И ГИПЕРКАПНИЕЙ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Трегуб П. П., Беспалов А. Г., Осипов И. С., Введенский А. Ю.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Достаточно подробно изучен феномен повышения гипоксией неспецифической резистентности организма. Тренировочный эффект после гипоксического воздействия развивается по типу прекодиционирования. Ранее было показано, что сочетанное воздействие гипоксии с гиперкапнией повышает толерантность миокарда к ишемии, значительно эффективнее, чем изолированная гипоксия (Зверькова Е. Е., 1982). Однако, исследований, направленных на изучение нейропротекторного эффекта гипоксии при патологиях ЦНС ранее не проводилось. В последнее время у зарубежных исследователей растет интерес к изучению изолированной гиперкапнии, в качестве фактора терапии ишемических повреждений. Поэтому, также нуждается в исследовании прекодиционирующий потенциал гиперкапнии.

Цель. Оценка нейропротекторной эффективности гипоксических, гиперкапнических и гиперкапнически-гипоксических дыхательных тренировок.

Материал и методы. В работе использованы 60 белых половозрелых крысах-самцах линии Wistar, массой тела $284,5 \pm 46$ г в возрасте 9–10 месяцев были разделены на 4 равные группы, прошедшие в последствие 15-дневный курс тренировок: гипоксических, гиперкапнических и гиперкапнически-гипоксических, а четвертая группа была контрольной. Оценку нейропротективной эффективности проводили после ишемического повреждения с помощью шкал для оценки неврологического дефицита Katz et al 1995 г — 100 бальная система, Menzies et al 1992 г — 4 бальная система и теста вращающегося стержня. Для создания в организме животных нормобарической гипоксии применялась газовая смесь с концентрацией $O_2 13\%$, для изолированной гиперкапнии — с концентрацией $CO_2 7\%$, а для гиперкапнической гипоксии — $O_2 13\%$ и $CO_2 7\%$. Контрольная группа аналогично дышала в камере атмосферным воздухом. Тренировки животных в проточной камере проводились в течении 15 дней по 20 минут ежедневно. После окончания курса тренировок всем животным моделировалось ишемическое повреждение, путем перевязки общей сонной артерии. После 10 дневного

реабилитационного периода производилась оценка неврологического дефицита.

Результаты. В группе нормобарической гипоксии неврологический дефицит по шкале Menzies составил $0,93 \pm 0,47$ балла, по шкале Katz $9,5 \pm 5,0$ балла и двигательнo-координационное нарушение $31,57 \pm 16,35$ секунд. В группе изолированной гиперкапнии по шкале Menzies дефицит составил $0,56 \pm 0,51$ балла, по шкале Katz $9,17 \pm 4,76$ балла, ДКН $45,17 \pm 25,61$ секунд. В группе гиперкапнической гипоксии по шкале Menzies дефицит составил $0,69 \pm 0,48$ балла, по шкале Katz $5,94 \pm 5,66$ балла, ДКН $47,56 \pm 24,25$ секунд.

Выводы. Таким образом, все виды респираторного прекодиционирования являются эффективными в профилактике ишемического повреждения. В группах изолированной гиперкапнии и гиперкапнической гипоксии имеется тенденция к более низкому дефициту.

040 ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГЕМОДИНАМИКА У БОЛЬНЫХ ИБС ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНФОРМАЦИОННО-ВОЛНОВЫХ МЕТОДИК

Филиппова Т. В., Ефремушкин Г. Г., Мельникова Ю. А., Халтурина И. Г.

ГБОУ ВПО «АГМУ» Минздравсоцразвития России, Барнаул, Россия

Цель: изучить состояние центральной гемодинамики у больных ИБС пожилого и старческого возраста и ее изменение при использовании информационно-волновых методик: низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) и электромагнитного излучения (ЭМИ) миллиметрового диапазона (ММД).

Материалы и методы. Обследовано 325 больных ИБС (средний возраст $77,8 \pm 2,6$ года), из них 54 женщины. У 88% больных имелась стабильная стенокардия напряжения, средний ФК $2,5 \pm 0,4$, у 18% — постоянная форма фибрилляции предсердий, у 12% — инфаркт миокарда в анамнезе, у всех — ХСН со средним ФК $2,6 \pm 0,5$. ГБ III стадии диагностирована у 65%, изолированная систолическая артериальная гипертензия — у 20% больных. Исследование гемодинамики проводилось методом эходоплерокардиографии с интервалом 20 дней. Больные рандомизировались в группы: 1-я — 125 больных, получавших НИЛИ внутривенно, наочно на кардиальные зоны Захарьина-Геда или с сочетанием этих методик, 2-я — 70 больных, получавших ЭМИ длиной волны 7,1 мм на 3–4 шейные позвонки или верхнюю треть грудины, 3-я — 42 больных, чередовавших сеансы НИЛИ на кардиальные зоны с ЭМИ ММД на верхнюю треть грудины, 4-я (группа сравнения) — 88 больных, получавших только фармакотерапию. Курс физиотерапии составлял 10–15 сеансов.

Результаты. У 78% больных выявлено увеличение размеров левого желудочка (ЛЖ) и левого предсердия (ЛП), у 83% — утолщение задней стенки ЛЖ (ЗСЛЖ). Большинство (85%) больных имели нормальную систолическую функцию ЛЖ. При оценке диастолической функции ЛЖ у 5% больных выявлено его нормальное наполнение, у 64% — «псевдонормальный» тип, у 17% — тип «замедленной» релаксации и у 13% больных — «рестриктивный» тип. К концу курса лечения у пациентов 1–3-й групп отмечено достоверное снижение диаметра ЛП, конечных систолического и диастолического размеров (КСР и КДР) ЛЖ, толщины ЗСЛЖ, увеличение фракции выброса (ФВ) и ударного объема (УО) ЛЖ, снижение времени изоволюмического расслабления (ВИВР) ЛЖ и увеличение соотношения скоростей (Е/А) трансмитрального потока. У больных 1-й группы, кроме того, снизилось КДР и КСР, возросли ФВ и УО, снизилось ВИВР, возросло соотношение пиков Е/А правого желудочка (ПЖ) ($p < 0,05$). В группе с сочетанием НИЛИ и ЭМИ возросла ФВ ПЖ и уменьшилось среднее давление в легочной артерии ($p < 0,05$). В группе сравнения изменения были менее выражены. Наибольший эффект НИЛИ отмечен при внутривенном облучении и сочетании его

с накожным, а ЭМИ ММД — при воздействии на 3–4 шейные позвонки.

Выводы. 1. У больных ИБС пожилого и старческого возраста отмечается увеличение левых отделов сердца и диастолическая дисфункция ЛЖ.

2. Включение НИЛИ и ЭМИ ММД в комплекс терапии больных ИБС пожилого и старческого возраста способствует благоприятной перестройке центральной гемодинамики, улучшению функциональных показателей миокарда.

3. Более выраженные позитивные гемодинамические изменения произошли при внутривенном использовании НИЛИ и воздействии ЭМИ на область 3–4 шейных позвонков.

041 ВЗАИМОСВЯЗЬ КАТЕХОЛАМИНОВ И NT-PROBNP С ОСНОВНЫМИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ УСТРОЙСТВАМИ ДЛЯ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Шебеко П. В., Кузнецов В. А., Енина Т. Н., Солдатова А. М., Рычков А. Ю.

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

Цель. Изучить взаимосвязь коэффициента Адр/НАдр и NT-proBNP со структурно-функциональными характеристиками сердца, а также взаимоотношение этих показателей у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН)

и имплантированными устройствами для сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ).

Материал и методы. Было обследовано 77 пациентов (85,7% — мужчины; 55 ± 10 лет) с имплантированными устройствами для СРТ, у 29 (37,7%) из которых регистрировалась фибрилляция предсердий. У 72,7% больных в анамнезе — артериальная гипертензия. 10,4% больных имели I ФК ХСН по классификации NYHA, 44,2% — II, 33,8% — III, 11,7% — IV.

Был проведен корреляционный анализ между значениями коэффициента Адр/НАдр и уровнем NT-proBNP, а также с данными эхокардиографии, результатами теста шестиминутной ходьбы (Т6 М), функциональным классом (ФК) ХСН по классификации NYHA.

Результаты. Были выявлены следующие корреляции: уровень NT-proBNP и значения коэффициента Адр/НАдр положительно коррелировали с ФК ХСН по классификации NYHA ($r=0,335$; $p=0,005$ и $r=0,235$; $p=0,040$ соответственно), с конечным систолическим ($r=0,503$; $p<0,001$ и $r=0,267$; $p=0,021$ соответственно) и конечным диастолическим объемами левого желудочка (ЛЖ) ($r=0,347$; $p=0,004$ и $r=0,253$; $p=0,027$ соответственно). С фракцией выброса ЛЖ уровень NT-proBNP и коэффициент Адр/НАдр имели отрицательные корреляционные связи ($r=-0,620$; $p<0,001$ и $r=-0,249$; $p=0,031$ соответственно). Между коэффициентом Адр/НАдр и уровнем NT-proBNP была выявлена положительная корреляция ($r=0,293$; $p=0,014$).

Выводы. Однонаправленные корреляции соотношения Адр/НАдр и уровня NT-proBNP с основными структурно-функциональными характеристиками сердца, а также выявленная достоверная взаимосвязь между Адр/НАдр и уровнем NT-proBNP свидетельствуют о значимости этого коэффициента в качестве биомаркера тяжести ХСН у больных с имплантированными устройствами для СРТ.

II. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

042 КАЧЕСТВО ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ХМАО-ЮГРЕ

Авчухова Л. С., Урванцева И. А., Милованова Е. В., Кашапова Т. А., Кудрявцева О. В.

БУ ХМАО-Югры Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут, Россия

Цель. Анализ качества диспансерного наблюдения больных артериальной гипертензией (АГ) в ХМАО-Югре за 2007–2011 гг.

Материалы и методы. Исследование проведено по данным кабинета диспансеризации Окружного кардиологического диспансера, куда ежеквартально поступают отчеты кардиологов из лечебно-профилактических учреждений ХМАО-Югры.

Результаты. Число больных АГ в ХМАО-Югре на протяжении 5 лет составляло от 90316 до 98675 человек. Число впервые выявленных пациентов с АГ уменьшается (2007 г — 15167 человек, 2011 г — 5405 человек). Показатель охвата диспансерным наблюдением превосходит общероссийский и увеличивается с каждым годом (2007 г 56,7% от всех подлежащих диспансерному наблюдению, 2011 г — 70,7%). В ХМАО-Югре высокий процент пациентов диспансерной группы получают лечение: в 2007 г — 37276 человек (73%), а в 2011 г 46224 (61,6%). По структуре причин снятия с диспансерного учета лидируют отказ от наблюдения (в 2007 г — 29%, в 2011 г — 48%) и миграция населения, которая составила 1602 человек в 2007 г и 2630 в 2011 г (от 32,6% до 52,0%). За прошедший период отмечается низкий процент перевода на инвалидность — 0,6–1,7% от числа пациентов диспансерной группы.

Выводы. Число лиц с АГ в ХМАО-Югре за 5 лет сохраняется стабильно высоким, число впервые выявленных пациентов с АГ уменьшается, показатель охвата диспансерным

наблюдением ежегодно увеличивается, большинство пациентов диспансерной группы получают эффективное лечение, в структуре причин снятия с диспансерного учета лидирует миграция населения.

043 ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СКРЫТОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Антропова О. Н., Осипова И. В., Лобанова Н. А. *, Пырикова Н. В. *, Савина Д. А.

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

Целью исследования было выявить частоту изолированной амбулаторной (скрытой) артериальной гипертензии, ее особенности и 5-летний прогноз у лиц с профессиональным стрессом.

Материал и методы. Нами были обследованы 150 мужчин в возрасте до 55 лет, имеющих стрессовую профессию (работники локомотивных бригад). Проводилось офисное измерение АД методом Короткова, суточное мониторирование АД в рабочие часы и часы отдыха, стресс-тест «математический счет». Осуществлялось проспективное 5-летнее диспансерное наблюдение за пациентами.

По результатам офисного и амбулаторного измерения АД 68 мужчин (45,4%) оказались нормотониками, у 38 пациентов (25,3%) диагностирована эссенциальная артериальная гипертензия (АГ), у 9 (6%) имелось повышение только офисного АД, изолированная офисная АГ (гипертензия белого халата), у 19 пациентов (12,7%) — зарегистрировано повышение амбулаторного АД при нормальных офисных значениях, изолированная амбулаторная гипертензия (скрытая гипертензия).

У больных со скрытой АГ по сравнению с пациентами с эссенциальной АГ и нормотониками имелась повышенная реактивность на стресс-тест «математический счет», проявляю-

шаяся большим приростом САД на 7,9 мм рт.ст. ($p < 0,001$) и ЧСС на 4,3 уд в мин. ($p < 0,001$). Повышенную стресс-реактивность имели пациенты с ранним сердечно-сосудистым анамнезом (большой прирост САД на 35,0%, $p = 0,001$) и с абдоминальным ожирением (большие приросты САД и ЧСС на 33,8 ($p = 0,001$) и 25,4% ($p = 0,001$) соответственно). Выявленные особенности реагирования на психоэмоциональную нагрузочную пробу у лиц были основанием рассматривать стресс-тест «математический счет» как метод скрининговой диагностики скрытой АГ. При наличии исходного САД более 130 мм рт.ст., и приростов САД (ΔСАД) более 7%, и (или) прирост ЧСС (ΔЧСС) более 10% в ответ на тест «математический счет» у обследуемого диагностировалась скрытая гипертония.

Через 5 лет проспективного наблюдения из 9 пациентов с изолированной офисной гипертонией только у 1 диагностирована АГ. У 29,4% мужчин с изолированной амбулаторной гипертонией выявлена стабильная АГ, причем у 40% из них имелись признаки поражения органов-мишеней, у 50,0% — диастолическая дисфункция левого желудочка I типа, а у 30,9% — выраженная эндотелиальная дисфункция (вазоконстрикторная реакция эндотелия в манжеточной пробе).

Таким образом, частота развития изолированной амбулаторной гипертонии составляет 12,7%, треть из этих пациентов через 5 лет имеют уже стабильные повышенные цифры АД, причем у 40% из них отмечается поражение органов-мишеней.

044 ИЗОЛИРОВАННАЯ АМБУЛАТОРНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ: 5-ЛЕТНИЙ ПРОГНОЗ

Антропова О. Н., Осипова И. В., Пырикова Н. В., Савина Д. А.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Цель: выявление частоты изолированной амбулаторной артериальной гипертонии (АГ), ее особенности и 5-летний прогноз у лиц с профессиональным стрессом.

Материал и методы. Было обследовано 150 мужчин в возрасте до 55 лет, имеющих стрессовую профессию (работники локомотивных бригад). Проводилось офисное измерение АД методом Короткова, суточное мониторирование АД в рабочие часы и часы отдыха, а также предрейсовые измерения АД и ЧСС посредством автоматизированной системы предрейсового осмотра. Осуществлялось проспективное 5-летнее диспансерное наблюдение за пациентами.

Результаты. По результатам офисного и амбулаторного измерения АД 68 мужчин (45,4%) оказались нормотониками, у 47 пациентов (31,3%) диагностирована эссенциальная артериальная гипертония (АГ), у 9 (6%) имелось повышение только офисного АД, изолированная офисная АГ (гипертония белого халата), у 19 пациентов (17,3%) — зарегистрировано повышение амбулаторного АД при нормальных офисных значениях, изолированная амбулаторная гипертония (скрытая гипертония).

Через 5 лет проспективного наблюдения из 9 пациентов с изолированной офисной гипертонией только у 1 диагностирована АГ. У 29,4% мужчин с изолированной амбулаторной гипертонией выявлена стабильная АГ, причем у 40% из них имелись признаки поражения органов-мишеней, у 50,0% — диастолическая дисфункция левого желудочка I типа.

Выводы. Таким образом, частота развития изолированной амбулаторной гипертонии составляет 17,3%, треть из этих пациентов через 5 лет имеют уже стабильные повышенные цифры АД, причем у 40% из них отмечается поражение органов-мишеней.

045 ГЕНДЕРНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ПЛАЗМЕННЫХ УРОВНЕЙ АДИПОНЕКТИНА В КОРЕННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ЯКУТИИ

Балтахинова М. Е., Климова Т. М., Федорова В. И., Федоров А. И.

НИИ здоровья СВФУ, Якутск, Россия

Адипонектин является белковым гормоном, секретруемым жировой тканью. Сниженные уровни адипонектина ассоциируются с инсулинорезистентностью и эндотелиальной дисфункцией, то есть рассматриваются как факторы риска развития сахарного диабета 2 типа и сердечно-сосудистых заболеваний. В связи с этим, целью исследования явилось изучение содержания адипонектина в плазме крови коренного населения Якутии и его связи с некоторыми демографическими и антропометрическими параметрами.

Материал и методы: исследование содержания адипонектина методом ИФА (с использованием набора реактивов «BioVendor GmbH», Чехия) проведено среди репрезентативной выборки из коренного населения центральной Якутии. Обследовано 382 человека (якуты, эвены, эвенки), из них мужчин — 165, женщин — 217 человек. У всех обследованных было получено информированное согласие пациента на проведение исследования. Средний возраст обследованной популяции составил $44,9 \pm 14,7$ лет (у мужчин — $45,6 \pm 15,7$ лет, у женщин — $44,4 \pm 13,7$ лет). Программа исследования включала: медико-социологический опрос, антропометрию (измерение роста, массы тела), измерение артериального давления, забор венозной крови в утренние часы натощак, спустя 10–12 часов после приема пищи.

Критерии исследования. За критерий избыточной массы тела приняты значения индекса массы тела в диапазоне от 25 до 30 кг/м^2 ; ожирения — $\geq 30 \text{ кг/м}^2$. Статистический анализ данных проведен с использованием пакета STATISTICA 8.0. Для характеристики параметров распределения количественных признаков в обследованной выборке использованы медианы и интерквартильные размахи в формате Me (25-й и 75-й процентиля). Критическое значение уровня значимости (p) принималось равным 5%. Показатели стандартизованы по возрастной структуре населения мира (2001).

Результаты. Медиана и интерквартильные размахи распределения адипонектина составили: у мужчин — $10,0 (4,8–14,6)$, у женщин — $11,8 (7,8–17,7)$ мкг/мл ($p = 0,01$). Гипоадипонектинемия выявлена у 45% обследованных женщин (ниже $10,3 \text{ мкг/мл}$) и у 36% мужчин (ниже 7 мкг/мл). Содержание адипонектина не зависело от возраста обследованных ($p = 0,6$). Выявлена отрицательная корреляция между содержанием адипонектина и индексом массы тела ($r = -0,24$, $p = 0,01$), окружностью талии ($r = -0,28$, $p = 0,01$), отношением объема талии к объему бедер ($r = -0,28$, $p = 0,01$). У лиц с ожирением концентрация адипонектина была статистически значимо ниже, чем среди лиц с низкой и нормальной массой тела ($p = 0,000$). Гипоадипонектинемия наблюдалась у 54% лиц с избыточной массой тела и ожирением.

Заключение. Таким образом, содержание адипонектина в плазме крови коренного населения Якутии зависит от половой принадлежности обследованных и связано с объемом жировой массы. Широкая распространенность гипоадипонектиемии на фоне увеличения заболеваемости населения Якутии сердечно-сосудистыми заболеваниями требует проведения дальнейших исследований.

046 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ В КЛИНИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Гайфулин Р. А., Сумин А. Н., Безденежных А. В., Москин М. Г., Корок Е. В., Карпович А. В., Иванов С. В., Барбараш О. Л.

НИИ КПССЗ СО РАМН, Кемерово, Россия

В последнее время проблема мультифокального атеросклероза (МФА) привлекает внимание все большего числа исследователей. Традиционно считается, что МФА характерен для больных старшего возраста, однако данное мнение разделяется не всеми исследователями. Целью настоящего исследования явилось изучение частоты поражения нескольких артериальных бассейнов у больных в клинике сердечно-сосудистой хирургии.

Материал и методы. В исследование включено 1018 последовательных пациентов (825 мужчин и 193 женщин, средний возраст $59,0 \pm 12,0$ лет, от 31 до 78 лет) в период подготовки к плановым оперативным вмешательствам на коронарных артериях и других артериальных бассейнах. Операция коронарного шунтирования (КШ) выполнена 866 больным (85,1%), каротидная эндартерэктомия (КЭЭ) — 103 (10,1%), протезирование брюшной аорты — 48 (4,7%) и реконструктивные операции на периферических сосудах — 113 (11,1%). Всех пациентов разделили на 4 группы в зависимости от возраста: I группа — больные до 60 лет ($n=542$), II группа — 60–64 лет ($n=215$), III группа — 65–69 лет ($n=141$), IV группа — больные 70 лет и старше ($n=120$). Эти группы были сопоставлены по основным демографическим, антропологическим показателям, наличию факторов риска атеросклероза, сопутствующей патологии, распространенности атеротромботических событий в анамнезе, данным лабораторного и инструментального обследования. Всем больным проводилась коронароангиография, ультразвуковое исследование аорты, брахиоцефального и периферического артериального бассейнов, а также ЭхоКГ. Ангиография артерий дуги аорты проводилась в случае выявления стенозов более 50% по данным ультразвукового исследования. Критерием МФА являлось значимое поражение (50% и более) артерий двух и более артериальных бассейнов.

Результаты. В целом по выборке наличие артериальных стенозов 50% и более в одном сосудистом бассейне выявлено у 697 пациентов (68,5%), поражение двух и более бассейнов — у 321 больного (31,5%). Поражение только одного сосудистого бассейна встречалось чаще в группе до 60 лет (у 72,5% больных), и наиболее редко — среди больных 70 лет и старше (в 58,3% случаев; $p<0,05$). Обратная тенденция наблюдалась для поражения двух и трех сосудистых бассейнов. В группе до 60 лет они выявлены в 24% и 3,5%, в группе 70 лет и старше — в 31,8% и 10%, соответственно (в последнем случае различия были статистически достоверны). С возрастом процент выявления МФА возрастал с 27,5% в первой группе до 33,0% — во второй, 35,5% — в третьей и 41,7% — в четвертой группах ($p=0,008$ для тренда). Различия между группой до 60 лет и больными 70 лет и старше были статистически достоверны.

Заключение. При обследовании больных перед плановыми сердечно-сосудистыми операциями проявления мультифокального поражения артериальных сосудистых бассейнов выявлены почти у трети больных. Возраст являлся одним из факторов, который ассоциировался с распространенностью атеросклероза.

047 ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, СМЕРТНОСТЬ И ЛЕТАЛЬНОСТЬ ОТ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В г. ЯКУТСКЕ В ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ 25–64 ЛЕТ (программа ВОЗ регистр ОИМ)

Гафаров В. В., Татарникова В. В., Горохова Е. В.

НИИ терапии, Новосибирск; ЯНЦ КМП СО РАМН, Якутск, Россия

Цель исследования: изучить показатели заболеваемости, смертности и летальности от острого инфаркта миокарда среди населения г. Якутска в возрастной группе 25–64 лет в зависимости от национальной принадлежности по программе ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда» в период с 01.01.04 по 31.12.06 гг.

Полученные результаты показали, что заболеваемость ИМ для мужчин 3,2–3,6 на 1000 жителей и характеризуются, как средние при сравнении с таковыми, же исследованиями в России и в других городах Европы. Среди женщин заболеваемость от ИМ является высоким и составляет 0,8–1,1 на 1000 жителей. Показатели смертности от ИМ составили среди мужчин 119–134 и среди женщин 18,6–36,5 на 100 000 жителей и характеризуются как высокие при сравнении с таковыми исследованиями в России и в других городах Европы, выше только в г. Новосибирске и у женщин

в г. Москве. В целом заболеваемость, смертность и летальность от ИМ на одном уровне на протяжении всех лет исследования. Выявлено достоверно значимое снижение летальности в молодых возрастных группах последние 2 года исследования. Установлено что, заболеваемость, смертность и летальность от ИМ достоверно значимо выше среди некоренного населения, как мужского, так и женского на протяжении всех лет исследования. Как и по данным наших исследований, так и по данным российских и зарубежных исследований [Гафаров В. В. г. Новосибирск, Мазур Н. А. г. Москва] заболеваемость и смертность от ИМ с возрастом повышаются, а мужчины страдают от этой болезни достоверно значимо часто, чем женщины на протяжении всех лет исследования в 2004–2006 гг. 3,2; 3,6; 3,4 и 0,8; 1,1; 1,0 на 1000 соответственно ($p<0,0001$). В обеих половых группах достоверно значимо преобладает догоспитальная смертность и летальность в течение всех лет исследования.

048 СТРУКТУРА ФАКТОРОВ РИСКА СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ

Дробот Е. В., Горбань В. В., Бегман Т. Г.,* Ломакина В. Г.*, Полянская И. В.*

ГОУ ВПО Кубанский государственный медицинский университет, МУЗ поликлиника № 16*, Краснодар, Россия

В современных условиях ряд факторов внешней среды, интенсификация и перестройка методов обучения, малоподвижный образ жизни, вредные привычки способствуют увеличению количества заболеваний и функциональных нарушений отдельных органов и систем у студентов.

Цель исследования — изучить факторы риска формирования синдрома вегетативной дисфункции (СВД) у студентов 6 курса медицинского университета. Обследовано 68 студентов в возрасте от 22 до 26 лет (55 девушек и 13 юношей). Оценку признаков СВД проводили по стандартизованному опроснику диагностики вегето-сосудистой дисфункции (А. М. Вейн, 1981). У всех респондентов анализировали факторы риска развития сердечно-сосудистой патологии. Определяли скрининговые антропометрические данные. Пищевое поведение изучалось с помощью датской анкеты «DEBO».

Оказалось, что СВД страдают 52 человека (76%) из них 13% юношей и 87% девушек — 1 группа сравнения. Не имели признаков СВД 16 человек (24%) юноши составили 36% и 64% девушки — 2 группа (условно здоровые). Распространенность наследственной отягощенности по сердечно-сосудистым заболеваниям, включая инфаркт миокарда, мозговые инсульты, стенокардию, артериальную гипертензию в выделенных группах была сопоставима и составила в среднем $59 \pm 1,7\%$. В 1 группе отмечалась недостаточная физическая активность, так регулярно спортом занимались только 14% против 45% представителей 2 группы. Хронический нервный стресс испытывали 56% студентов 1 группы против 18% респондентов из 2 группы. Также выявлены другие неблагоприятные факторы: работа в ночное время 34% в 1 группе против 18% во 2 группе, курение в 16% против 9% соответственно. Оценка трофологического статуса показала, что 73% студентов 1 группы имели индекс массы тела в пределах нормы. Избыточная масса тела была зарегистрирована в 12%, дефицит массы тела в 15%. Во 2 группе нормальная масса тела была зафиксирована в 91% и избыточная в 9%. У большинства обследованных студентов потребление овощей и фруктов было ниже рекомендуемой величины. В 1 группе в пищевом рационе был отмечен избыток сахара, кондитерских и хлебобулочных изделий в 57%. Жирной пищей злоупотребляли 24%. Обращает внимание недостаток молочных продуктов в рационе у всех респондентов. Оценка пищевого поведения студентов позволила установить, что у представителей 1 группы в 59% имели место его нарушения (у 54% студентов по экстерналистскому типу, у 27% по ограничительному и у 18% по эмоциогенному). Во 2 группе эти нарушения встречались в 34% (у 75% по экстерналистскому и у 25% по эмоциогенному).

Таким образом, среди факторов, потенцирующих развитие СВД выявлен значительный удельный вес таких как женский пол, курение, психо-эмоциональное напряжение, работа в ночное время, не достаточная физическая активность и несбалансированное питание на фоне нарушения пищевого поведения.

049 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ЕГО КОМПОНЕНТОВ В СИБИРСКОЙ ПОДРОСТКОВОЙ ПОПУЛЯЦИИ (ПОПУЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ 2003–2009 ГГ.)

Завьялова Л. Г., Денисова Д. В., Симонова Г. И., Рагино Ю. И. ФГБУ «НИИ терапии» СО РАМН, Новосибирск, Россия

В настоящее время значительно возрос интерес исследователей к изучению метаболического синдрома и особенно к отдельным его компонентам как ранним диагностическим предвестникам сердечно-сосудистых заболеваний и диабета 2 типа.

Цель исследования. Изучение распространенности МС и его компонентов (гипертриглицеридемия, низкий уровень холестерина ЛПВП, повышенное артериальное давление, ожирение и гипергликемия) среди подростков в возрасте 14–17 лет в Новосибирске.

Методы. Дизайн исследования – одномоментные (кросс-) популяционные исследования случайных репрезентативных выборок школьников 14–17 лет обоего пола. Обследование подростков проводилось в 2003 и в 2009 гг. На каждом скрининге намечалось к обследованию 700 человек. В 2003 году было обследовано 663 подростка, в 2009 году – 742.

Распространенность компонентов МС оценивалась по IDF критериям (2007): абдоминальное ожирение (≥ 90 процентиль окружности талии) и наличие двух или более других компонентов МС (триглицериды ≥ 150 мг/дл, холестерин ЛПВП < 40 мг/дл, АД $\geq 130/85$ мм.рт.ст, уровень глюкозы в плазме крови $\geq 5,6$ ммоль/л).

Результаты. В период 2003–2009 распространенность ожирения среди подростков имеет тенденцию к росту, частота гипертриглицеридемии снизилась (1,5% в 2009 г. против 4% в 2003 г., $p < 0,003$). Распространенность низкого уровня холестерина ЛПВП в 2009 году была выше, чем в 2003 году (12,1% против 6,0%, $p < 0,001$). Распространенность повышенного АД в 2003 году составил 9,4%, в 2009 году – 15,0%, $p < 0,001$. Частота гипергликемии была выше в 2009 году по сравнению с 2003 годом (4,0 и 1,3% соответственно, $p < 0,001$). Распространенность МС среди подростков в 2009 году несколько увеличилась (0,3% и 0,5% соответственно).

Заключение. За период 2003–2009 гг. распространенность МС среди Сибирских подростков статистически значимо не изменилась, но отмечается тенденция к росту. Распространенность большинства компонентов МС, таких как низкий уровень холестерина ЛПВП, повышенное артериальное давление, гипергликемия значительно возросла.

050 ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ЛИЦ НЕМЕДИЦИНСКИХ ПРОФЕССИЙ

Зернюкова Е. А., Гречкина Е. Р., Бакумова А. П.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Цель исследования: провести сравнительный анализ качества жизни и приверженности к здоровому образу жизни медицинских работников и лиц других профессий.

Материалы и методы. Обследованы 420 медицинских работников и 340 лиц других профессий в возрасте от 18 до 63 лет. Клиническое обследование включало проведение анкетирования, антропометрический, лабораторный и психометрический методы. Использовались опросник мотивации, анкета Мориски-Грина для оценки приверженно-

сти к лечению, опросники качества жизни SF-36, EQ-5D, шкала оценки астении (MFI-20), анкеты ВОЗ по нарушению сна, шкалы тревоги и депрессии (HAM-A и HAM-D-17), шкала теста В.В. Бойко для выявления синдрома эмоционального выгорания. Коррекция выявленных нарушений здоровья проводилась при помощи индивидуальных рекомендаций.

Результаты. Испытывают проблемы со сном 59% обследованных работников немедицинских профессий (среди медицинских работников – 40%), у 35% выявлены признаки депрессии (среди медицинских работников – 17%), у 54% – признаки тревоги (среди медицинских работников – 36%), 35% – страдают гипертонической болезнью (среди медицинских работников – 30%), 78% – имеют проблемы с избытком массы тела, (из них 27% страдают ожирением I–III степени) (среди медицинских работников – 63%, страдают ожирением – 31%), у 13% работников немедицинских профессий имеется никотиновая зависимость (среди медицинских работников – 11%). У работников немедицинских профессий установлено наличие достоверной прямой корреляционной зависимости между стажем работы и уровнем общей астении ($r=0,209$, $p<0,05$) (у медицинских работников: $r=0,157$, $p<0,05$), между стажем работы и уровнем депрессии ($r=0,24$, $p<0,05$) (у медицинских работников: $r=0,02$, $p<0,05$), между стажем работы и уровнем тревоги ($r=0,5$, $p<0,05$) (у медицинских работников: $r=0,02$, $p<0,001$). Прямая корреляционная зависимость у работников немедицинских профессий выявлена между уровнем глюкозы крови и уровнем систолического артериального давления ($r=0,6$, $p<0,05$) (у медицинских работников: $r=0,43$, $p<0,05$), а также уровнем глюкозы крови и уровнем диастолического артериального давления ($r=0,45$, $p<0,05$) (у медицинских работников: $r=0,45$, $p<0,05$). У работников немедицинских профессий установлено наличие значимых положительных корреляционных зависимостей между уровнем холестерина и уровнем систолического артериального давления ($r=0,39$, $p<0,05$) (у медицинских работников: $r=0,36$, $p<0,05$), а также уровнем холестерина и уровнем диастолического давления ($r=0,47$, $p<0,05$) (у медицинских работников: $r=0,3$, $p<0,05$). Отмечена положительная корреляционная зависимость между индексом массы тела и возрастом работников немедицинских профессий ($r=0,21$, $p<0,05$) (у медицинских работников: $r=0,41$, $p<0,05$).

Выводы: в наибольшей степени зависят от стажа работы, возраста, индекса массы тела показателями качества жизни являются астения, депрессия, уровень артериального давления, уровень холестерина крови, глюкозы крови, причем среди медработников взаимосвязь более выражена.

051 МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Климова Т. М., Федорова В. И., Балтахинова М. Е., Федоров А. И.

НИИ здоровья СВФУ, Якутск, Россия

По данным органов Государственной статистики Республики Саха (Якутия) за период 1996–2010 гг. заболеваемость взрослого населения сахарным диабетом 2 типа увеличилась в 2,8 раза (с 9,5 до 26,5 на 1000 населения), ожирением в 2,3 раза (с 2,3 до 5,3 на 1000 населения), ИБС в 3 раза (19,9 до 59,8 на 1000 населения). В связи с этим, целью исследования была оценка распространенности метаболических нарушений среди населения Республики Саха (Якутия).

Материал и методы. Одномоментное эпидемиологическое исследование проведено среди случайной выборки из населения 3 районов и 3 городов Республики Саха (Якутия) в возрасте 20–69 лет. Всего обследовано 2293 человек (отклик 76%): коренных (якуты, эвены, эвенки) – 1055; некоренных (европеоидное население вне зависимости от стажа проживания) – 1238 человек. В работе использованы стандартные методы эпидемиологического исследования и унифицированные критерии оценки факторов риска.

Результаты. Результаты эпидемиологического исследования выявили широкую распространенность основных факто-

ров риска хронических неинфекционных заболеваний среди населения Якутии. Так, распространенность артериальной гипертензии у коренного населения составила 39%, у некоренного — 46% ($p=0,001$); избыточной массы тела — 33 и 34%; ожирения — 17 и 27% ($p=0,001$); гиперхолестеринемии — 60 и 69% ($p=0,004$); гипертриглицеридемии — 18 и 43% ($p=0,000$); гипопальхохолестеринемии — 25 и 25%; метаболического синдрома (по критериям IDF, 2005) — 9 и 14% соответственно ($p=0,001$). Нарушения углеводного обмена отмечались в 52% случаев метаболического синдрома среди коренной популяции и в 29% случаев — среди некоренного населения. Выявлено, что 74% дислипидемий среди обследованной коренной популяции и 82% среди некоренного населения Якутии носят атерогенный характер. Таким образом, несмотря на наличие этнических различий в частоте изученных факторов, характер обменных нарушений в обеих популяциях имеет идентичный характер.

Выводы. Выявленные метаболические факторы риска являются маркерами дизадаптивных нарушений, возникших вследствие негативного влияния комплекса экологических, социально-экономических, техногенных факторов Севера. Эти процессы истощают резервные возможности организма человека, способствуют развитию заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни, снижению жизненного и трудового потенциала населения севера России.

052 РОЛЬ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ В СНИЖЕНИИ РИСКА КАРДИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА БРЮШНОЙ АОРТЕ

Корок Е. В., Сумин А. Н., Панфилов С. Д., Евдокимов Д. О., Безденежных А. В., Кислов Э. Е., Иванов С. В., Барбараш Л. С.

ФГБУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово; МЛПУ «Городская клиническая больница № 29-медсанчасть ОАО ЗСМК», Новокузнецк, Россия

Цель. Изучить роль коронароангиографии в снижении риска кардиальных осложнений при оперативных вмешательствах на брюшном отделе аорты.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов обследовавшихся в клинике НИИ КПССЗ СО РАМН в период с 2003 по 2009 гг перед плановыми оперативными вмешательствами на брюшном отделе аорты. В I группу ($n=77$, средний возраст $59,5 \pm 8,0$ лет) вошли больные, которым в обязательном порядке выполнялась коронароангиография (КАГ). Во II группе ($n=95$, средний возраст $54,3 \pm 6,5$ лет) КАГ не проводилась. В группах оценивали данные анамнеза, ультразвукового и ангиографического исследования брюшного отдела аорты, коронароангиографии, проводимую терапию, частоту превентивных реваскуляризаций, периоперационных осложнений и летальность.

Результаты. В группах преобладали мужчины — 90% и 97%. Пациенты обеих групп достоверно не различались по возрасту ($p=0,103$). Инфаркты миокарда в анамнезе, артериальная гипертензия, стенокардия, хроническая сердечная недостаточность чаще прослеживались у больных I группы, по сравнению со II группой ($p<0,05$). Статины, β -блокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента чаще назначались в I группе ($p<0,05$). По результатам КАГ в I группе гемодинамически значимые стенозы коронарных артерий (более 70%) выявлены у 64 (83%) больных, пограничные (50–69%) у 8 (10%) пациентов, в 13 (17%) случаях поражения отсутствовали. При этом бессимптомное течение ишемической болезни сердца отмечено у 25 (32%) пациентов I группы. Превентивная реваскуляризация миокарда проведена 23 (28%) больным I группы, из них: коронарное шунтирование в 11 (14%) и чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика в 12 (15%) случаев. Общее число осложнений превалировало у пациентов II группы, по сравнению с I группой — в 20% и 9% случаях, соответственно ($p=0,047$). Летальность также была выше во II группе — 10,5%, по отношению к I группе — 1,3%

($p=0,013$). Периоперационные фатальные инфаркты миокарда зарегистрированы в 6 (6,3%) случаях во II группе ($p=0,024$). В I группе кардиальные осложнения отсутствовали. С помощью множественной логистической регрессии проведен анализ факторов, ассоциированных с летальностью и кардиальными осложнениями. Факторами повышающими риск летальных исходов являются: выполнение операции в клинике без превентивной реваскуляризации миокарда (в 8,94 раза; $p=0,038$), наличие инсультов в анамнезе (в 4,88 раза, $p=0,068$), снижающим летальность: выполнение КАГ (ОР 0,11; $p=0,038$).

Выводы. Периоперационные инфаркты миокарда чаще отмечались среди пациентов II группы. Проведение КАГ перед оперативным вмешательством на брюшном отделе аорты является фактором снижающим риск периоперационных кардиальных осложнений и летальных исходов.

053 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРАДИЦИОННЫХ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА И РЕЗУЛЬТАТЫ РАСЧЕТА СУММАРНОГО РИСКА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕБЮТОМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И СОПОСТАВИМЫХ ПО ВОЗРАСТУ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Лазнам С. С., Берштейн Л. Л., Гришкин Ю. Н., Катамадзе Н. О.

Кафедра кардиологии ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: Сравнить распространенность основных факторов сердечно-сосудистого риска и расчетный сердечный риск по шкалам у пациентов с дебютом ишемической болезни сердца (ИБС) и сопоставимых по возрасту здоровых лиц.

Материал и методы. Были обследованы 65 пациентов от 38 до 74 лет (54 мужчин и 11 женщин, возраст 54 ± 6 лет), поступивших в стационар с дебютом ишемической болезни сердца (ИБС) в виде впервые возникшей стенокардии или острого инфаркта миокарда (ОИМ), которые составили основную группу 1. Диагноз ИБС был верифицирован коронарографией и/или в случае ОИМ — повышением уровня тропонина I. Группу 2 (контрольную) составили 15 относительно здоровых лиц (10 мужчин, 5 женщин, возраст 51 ± 10 лет) с доказанным отсутствием ИБС по данным коронарографии или стресс-эхокардиографии. Была изучена распространенность ФР в обеих группах и рассчитан средний уровень риска согласно Фрамингемской шкале и шкале SCORE.

Результаты. Артериальная гипертензия отмечалась в 1-й группе у 50 (76,5%, 95% ДИ 64,8–86,5%) пациентов, во 2-й — у 5 (33,3%, 95% ДИ 11,8–61,2%) лиц, $p<0,05$. Курили 44 (67,7%, 95% ДИ 54,9–78,8%) и 4 (26,7%, 95% ДИ 7,8–55,1%) лиц. Пациентов с отягощенной наследственностью по ИБС было 44 (67,6%, 95% ДИ 54,1–78,8%), и 1 (6,5%, 95% ДИ 0,0–31,9%), $p<0,05$. Средний уровень общего холестерина составлял, соответственно, $5,66 \pm 1,3$ ммоль/л и $5,1 \pm 1,0$ ммоль/л ($p=0,14$), уровень холестерина липопротеидов высокой плотности — $1,04 \pm 0,2$ ммоль/л и $1,25 \pm 0,2$ ммоль/л ($p=0,06$), коэффициент атерогенности — $4,57 \pm 1,7$, и $3,1 \pm 1,0$ ($p=0,05$). Расчетный сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE в 1-й группе составил $3,9 \pm 2,7$, в группе 2 — $1,5 \pm 1,6$, по Фрамингемской шкале — соответственно, 13,4 ± 2,6 и 6,06 ± 5,3 ($p<0,05$ в обоих случаях).

Выводы. У пациентов с дебютом ИБС по сравнению со здоровыми лицами более распространены нелипидные факторы риска — АГ и наследственная отягощенность по ИБС. У лиц с дебютом ИБС достоверно выше расчетный риск по ФШР и SCORE.

054 АЛКОГОЛЬ И ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ

Лысоченко А. Б., Осипова И. В. *, Тавровская Т. В., Тимофеев А. В.

МУЗ «Городская больница № 1», Алтайский государственный медицинский университет*, Барнаул, Россия

Цель исследования: оценить частоту экстренно госпитализируемых пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП), возникшей на фоне злоупотребления алкоголем (АлкФП). Среди этих пациентов сравнить частоту восстановления синусового ритма в первые сутки госпитализации на фоне и без использования антиаритмических препаратов (ААП) I или III класса. Длительность ФП к моменту поступления не более 24 часов.

Материал и методы: ретроспективно отобраны пациенты, причиной госпитализации которых явилась ФП (1477).

Критерии исключения: лица старше 65 лет, установленная ранее постоянная ФП, плановые госпитализации (в том числе с целью кардиоверсии при устойчивой ФП), ФП на фоне острого коронарного синдрома, а также — пациенты с сохраняющейся ФП, ушедшие из стационара в первые 24 часа госпитализации.

Для оценки эффективности антиаритмической терапии при ФП, развивающейся на фоне злоупотребления алкоголем, сформированы 2 группы: пациенты, которым первые 24 часа от развития аритмии на догоспитальном этапе и/или в стационаре вводились ААП I и/или III класса (I группа) и те, кому проводилось лечение, направленное на контроль ЧСС (2 группа). Статистический анализ проведен с использованием пакета программ Statistica 6. При сравнении эффективности антиаритмической терапии между группами использовался двусторонний критерий Фишера.

Результаты: соответственно указанным критериям отобрано 1477 историй болезней, из них 120 (8,1%) — с АлкФП. В I группе оказалось 59 человек, во II — 61 человек. Из ААП I, III класса в первые 24 часа от развития ФП вводились: прокаинамид — 53, амиодарон — 9, хинидин — 2, пропафенон — 1 больному. Количество пациентов с давностью ФП к моменту поступления не более 24 часов: в I группе — 54, во II группе — 20, при этом в первые сутки госпитализации синусовый ритм восстановился у 44 (81,5%) — в I группе, и у 16 (80%) — во второй группе ($p=1,0$).

Выводы: среди пациентов до 65 лет, у которых причиной экстренной госпитализации явилась ФП, у 8,1% — аритмия развивалась на фоне злоупотребления алкоголем.

У пациентов с АлкФП давностью не более 24 часов, эффективность ЧСС — урежающей терапии к окончанию 1 суток наблюдения сопоставима с использованием антиаритмических препаратов I и/или III класса (80,0% и 81,5%, соответственно).

055 ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПОДТИПАХ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Михайловская Т. В., Мишина И. Е., Халикова Н. А.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздравсоцразвития России, Иваново, Россия

Цереброваскулярные заболевания занимают второе место в структуре смертности в РФ и лидируют среди причин стойкой утраты нетрудоспособности и инвалидизации. Целью работы является оценка факторов риска при различных подтипах ишемического инсульта (ИИ). Обследовано 82 пациента (42 мужчин и 40 женщин), последовательно поступавших в отделение реанимации на 1–2 сутки ИИ. Всем больным было выполнено обследование в соответствии со стандартами ведения пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу. При сборе анамнеза оценивались основные факторы риска ИИ. Определение подтипов ИИ проводилось на основании международных критериев TOAST. Преобладали пациенты с атеротромботическим подтипом (АТИ) (29%, $n=82$). Реже встречались лакунарный (ЛИ) (26%), кардиоэмболический (КЭИ) (22%) и неуточненный варианты инсульта (НИ) (23%). Средний возраст больных с ИИ составил $62,5 \pm 4,6$ лет, при этом возраст пациентов с КЭИ ($71,3 \pm 3,1$) статистически значительно превышал аналогич-

ный показатель у пациентов с ЛИ ($57,1 \pm 8,4$) ($p<0,005$). У мужчин АТИ развивался в более молодом возрасте по сравнению с женщинами ($p=0,13$). Наследственная отягощенность по цереброваскулярным заболеваниям была выявлена у 46% больных. Возраст пациентов в подгруппе с отягощенной наследственностью был статистически значимо меньшим по сравнению с больными без таковой ($p=0,007$). Частота курения среди пациентов с ИИ составила 28%. Наибольшая распространенность курения как фактора риска наблюдалась среди мужчин с АТИ: из 12 пациентов с данным подтипом все были курильщики. Артериальная гипертензия (АГ) являлась наиболее распространенным фактором риска и была выявлена у 93% пациентов ($n=82$). Среди женщин преобладали больные с 3 степенью АГ (70%), что было статистически значимо выше по сравнению с мужчинами (46%) ($p=0,002$). Пациенты с КЭИ достоверно чаще имели 3 степень АГ (87%) по сравнению с больными с АТИ и ЛИ ($p<0,05$). У пациентов с АГ в анамнезе степень неврологического дефицита в первые сутки ИИ была значимо выше по сравнению с пациентами без АГ ($p=0,004$). Средняя длительность АГ до ИИ составила $9,2 \pm 4,6$ года. При КЭИ длительность АГ была наибольшей ($15,2 \pm 3,6$ лет) против групп пациентов с АТИ ($4,8 \pm 2,1$ год), ЛИ ($7,3 \pm 3,9$ лет) и НИ ($5,8 \pm 1,7$ лет) ($p<0,05$). Кризовое течение АГ наблюдалось у 13% больных и статистически значимо чаще встречалось среди пациентов с ЛИ (67%, $n=21$) по сравнению с другими подтипами ИИ ($p<0,05$). Избыточная масса была диагностирована у 20% пациентов, ожирение — у 13% больных. По данным эхокардиографии гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) была выявлена у 76% пациентов. Гиперхолестеринемия была отмечена у 54% пациентов и статистически значимо чаще встречалась у пациентов с АТИ (81%) по сравнению с КЭИ (23%) ($p<0,05$). Сахарный диабет был диагностирован у 8 пациентов. Хроническая сердечная недостаточность была выявлена у большинства больных (81%).

Таким образом, анализ факторов риска у пациентов с ИИ независимо от его подтипа показал наибольшую распространенность АГ, гиперхолестеринемии, отягощенной наследственности, ГЛЖ, курения. При этом для больных с КЭИ большее значение имеют АГ и возраст, для пациентов с АТИ — гиперхолестеринемия, курение, для группы ЛИ — кризовое течение АГ.

056 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Найденкова Н. Е.

ОГБУЗ Томская областная клиническая больница, Томск, Россия

Цель. На основании анализа распространенности факторов риска (ФР) неинфекционных заболеваний у жителей Томской области провести оценку показателей в Российской Федерации и регионе.

Методы исследования. За период с 18.04.2011 по 30.12.2011 было проведено обследование 5982 человек в возрасте от 18 до 88 лет (средний возраст 50 лет), обратившихся в Центр здоровья ОГБУЗ Томская областная клиническая больница. Распределение обследованных по возрастным группам: 18–20 лет — 0,6%, 20–35 лет — 18,3%, 35–50 лет — 24,7%, 50–65 лет — 42,0%, 65–80 лет — 13,8%, 80–95 — 0,6%. Всем лицам проводилась оценка базовых показателей здоровья и уровней основных факторов риска с помощью экспресс-методов. Факторами риска считались: уровень холестерина крови натощак $\geq 5,0$ ммоль/л; индекс массы тела ≥ 25 кг/м²; АД $\geq 130/85$ мм рт.ст., наличие курительного анамнеза.

Результаты исследования. Было установлено, что здоровыми признаны только 2% обследованных. Артериальная гипертензия (АГ) выявлена у 42% обследованных граждан. Избыточную массу тела имеют 62%, недостаточную физическую активность — 60%, гиперхолестеринемия — 55% посетителей Центра здоровья. Большинство лиц с избыточной мас-

сой тела (76%) хотят снизить массу тела, при этом 46% из них нуждаются в помощи врача. Среди обследованных граждан оказалось 20% курящих. Среди курящих женщин — 63%, мужчин — 37%. Причем 68% курящих выражают желание отказаться от курения. Высокую мотивацию к отказу от курения имели 80%, а у 20% — средняя мотивация к отказу от курения.

Выводы. Частота и структура ФР неинфекционных заболеваний у жителей Томской области существенно не отличается от средних показателей по РФ. После составления индивидуальных профилактических программ желание соблюдать предложенные рекомендации по коррекции ФР выразили 78% посетителей Центра здоровья. Осознанная потребность посетителей Центра здоровья в профилактической врачебной помощи (индивидуальное и групповое консультирование) чаще ассоциируется с повышенным АД, гиподинамией и более выраженной степенью ожирения.

Высокая распространенность ФР неинфекционных заболеваний среди взрослого населения требует совершенствования оказания медицинской помощи посетителям как в условиях Центров здоровья, так и в условиях первичного звена здравоохранения путем координации и оптимизации взаимодействия амбулаторно-поликлинической службы и Центров здоровья.

057 РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОКС

Погосова Н. В., Колтунов И. Е., Сапунова И. Д., Ходор И. А.
ФГБУ ГНИЦ профилактической медицины
Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

По данным многочисленных исследований наличие тревожно — депрессивной симптоматики у больных с ОКС влияет не только течение заболевания, но и его прогноз.

Цель исследования: изучить распространённость тревожно-депрессивной симптоматики у больных после ОКС на отдалённом этапе наблюдения после перенесенного заболевания.

Материалы и методы. В исследование было включено 468 пациентов, находившихся на лечении в клиниках Москвы и Московской области (мужчины и женщины в возрасте > 18 и < 80 лет) по поводу ОКС (не ранее 6 мес. и не более 3 лет до включения в исследование, в среднем 21 мес.). Всем участникам исследования с целью выявления тревожно-депрессивной симптоматики проводилось анкетирование с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale).

Результаты. По данным опросника HADS субклинические признаки тревоги были выявлены у 27,3% всех пациентов с ОКСбпСТ, причем среди женщин чаще (30,2%), чем среди мужчин (25, 76%), $p < 0,005$. Клинически выраженная тревожная симптоматика отмечалась у 23,78% пациентов. Среди женщин признаки клинически выраженной тревоги наблюдались чаще (43,4%), чем среди мужчин (15,91%), $p < 0,005$. Субклиническая депрессия наблюдалась у 24,3% пациентов и также у женщин чаще (32,08%), чем у мужчин (21,21%), $p < 0,001$. Клинически выраженная депрессивная симптоматика наблюдалась в 7,03% случаев. Женщины чаще страдали выраженным депрессивным расстройством, чем мужчины (15,09% vs 3,79%), $p < 0,001$. Таким образом, практически более половины (50,8%) пациентов с ОКСбпСТ на отдалённом этапе имели тревожную симптоматику. При экспертной оценке данных Госпитальной шкалы тревоги и депрессии преимущественно тревожные нарушения присутствовали у 66% пациентов после перенесенного ИМ, депрессивные — у 47%. При этом клинически значимой тревога была у каждого четвертого (24%), депрессия — у каждого пятого (19%) больного, перенесшего инфаркт миокарда. Как тревожная, так и депрессивная симптоматика чаще встречалась у женщин: субклинически выраженная тревога — 50% vs 37%, ($p < 0,1$), депрессия — 36% vs 23% ($p < 0,01$). Среди женщин также выше частота кли-

нически значимых симптомов тревоги (29% vs 20,2%; $p < 0,1$) и клинически значимых симптомов депрессии — (27% vs 13%; $p < 0,01$).

Выводы. По результатам проведенной работы в российской когорте выявлена высокая частота психологической дезадаптации в сравнении с европейскими странами на отдалённом этапе наблюдения, что в свою очередь требует адекватной коррекции с помощью медикаментозных и немедикаментозных методов.

058 ДЕПРЕССИВНАЯ СИМПТОМАТИКА УХУДШАЕТ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЙ ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Погосова Г. В., Оганов Р. Г., Юферева Ю. М., Колтунов И. Е., Деев А. Д.
ФГУ «ГНИЦПМ» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Исследование КООРДИНАТА (Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных Артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца) — проспективное (3-х летнее) многоцентровое исследование по изучению влияния депрессивных и тревожных состояний на течение и прогноз ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы. В исследование включены 5038 пациентов из 37 городов России в возрасте 55 лет и старше с верифицированной ИБС и/или АГ. Тревожные и депрессивные симптомы оценивались с использованием шкалы HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), валидизированной в России. Изучались факторы, влияющие на мягкие и жесткие конечные точки по данным 3-х летнего наблюдения.

Результаты. Клинически значимая тревожная симптоматика (HADS-A>11) присутствовала у 33% и 38%, депрессивная симптоматика (HADS-D>11) — у 30% и 38% больных АГ и ИБС, соответственно. Наличие у пациентов при исходном обследовании клинически выраженной депрессии в 1,59 раз увеличивало комбинированный риск несмертельных и смертельных случаев (отношение шансов (ОШ) 1,59; 95% доверительный интервал (ДИ) 1,30—1,96; $p < 0,0001$), в 1,64 раза — риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (ОШ 1,64; 95% ДИ 1,20—2,24; $p < 0,0021$) и в 1,82 раза — риск смерти от всех причин (ОШ 1,82; 95% ДИ 1,41—2,34; $p < 0,0001$). Известно, что для соматических больных типичен перекрест тревожной и депрессивной симптоматики (одновременное присутствие отдельных симптомов тревоги и депрессии), позволяющий говорить о смешанном тревожно-депрессивном состоянии. Суммарный балл по шкале HADS, равный 11 и более баллов, увеличивал риск смерти от всех причин (ОШ 1,41; 95% ДИ 1,08—1,84; $p < 0,0111$), а также смертельных и несмертельных случаев (ОШ 1,33; 95% ДИ 1,08—1,65; $p < 0,0089$).

Выводы. Депрессивная и тревожно-депрессивная симптоматика являются предикторами неблагоприятного кардиоваскулярного прогноза у больных ИБС и АГ.

059 ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО И АОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У СТУДЕНТОВ 3 И 4 КУРСОВ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА

Портянникова О. О., Царенок С. Ю.
ГБОУ ВПО ЧГМА, Чита, Россия

В настоящее время артериальная гипертензия (АГ) приобрела масштабы пандемии, определяя структуру сердечно-сосудистых заболеваний и смертности. Для её диагностики используется суточное мониторирование АД (СМАД). В последнее время появилась возможность мониторирования

показателей центрального аортального давления, а также сосудистой ригидности.

Цель: оценить суточные показатели артериального давления, центрального аортального давления и ригидности сосудистой стенки у студентов 3 и 4 курсов лечебного факультета ГБОУ ВПО ЧГМА.

Материал и методы. Обследовано 40 студентов 3 и 4 курсов ГБОУ ВПО ЧГМА, средний возраст составил 20,6 [19,0; 26,0]. На первом этапе респондентам предлагалось заполнить анкету для выявления факторов риска (далее ФР) таких как наследственность и курение. После этого все обследованные были разделены на 2 группы: контрольную и группу с ФР, — по 20 человек в каждой. Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Далее проводилось СМАД с помощью прибора BPLab.v3.2. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась в программе Statistica 6.0 с использованием критерия Манна — Уитни.

Результаты. Выявлено, что в группе студентов с ФР отмечалось значимое увеличение среднесуточных, средненочных и среднесуточных показателей систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления. Среднесуточные показатели при отсутствии ФР составили $116,3 \pm 7,1 / 69,3 \pm 7,3$ мм рт.ст., у студентов с ФР $136,7 \pm 4,9 / 80,7 \pm 9,2$ мм рт.ст. ($p_{\text{сд}} = 0,002$, $p_{\text{дд}} = 0,0003$). Средненочные показатели контрольной группы $108,6 \pm 7,6 / 60,7 \pm 6$ мм рт.ст., в группе сравнения $122 \pm 8,3 / 68,8 \pm 8,7$ ($p = 0,002$). Индекс нагрузки временем для САД и ДАД, а также вариабельность АД в дневные и ночные часы: значимо отличалась в группе обследуемых с ФР. В целом у студентов основной группы в 60% диагностировалась лабильная АГ. При анализе суточного профиля периферического АД у студентов с ФР тип гипердиппер встречался в 10%, диппер в 70%, нондиппер в 20%, тогда как в контрольной группе типы гипердиппер, нондиппер и найтпикер встречались в 20%, 80% — тип диппер. При анализе суточных показателей центрального давления выявлено, что в группе с ФР средние показатели систолического давления в аорте были значимо выше по сравнению с контролем ($p = 0,0002$). Среди суточных профилей центрального давления в группе с ФР 20% — тип гипердиппер, 30% — диппер, 40% — нондиппер и 10% — найтпикер. В контрольной группе тип гипердиппер встречался в 20%, диппер в 80%. При оценке показателей сосудистой ригидности выявлено, что у студентов с ФР значимо повышалась среднесуточная скорость распространения пульсовой волны ($p = 0,01$), центральное пульсовое давление ($p = 0,0001$) и давление аугментации в ночное время.

Выводы. У студентов, имеющих ФР, при СМАД выявляется АГ, имеющая в 40% случаев стабильный характер. Патологические профили периферического давления встречались у 30%, тогда как центрального давления встречались в 2 раза чаще в той же группе респондентов. Студенты, имеющие ФР демонстрировали значимое увеличение среднесуточной СРПВ и центрального пульсового давления.

060 ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ В ХМАО-ЮГРЕ

Саламатина Л. В., Андреева И. А., Урванцева И. А.

БУ ХМАО-Югры Окружной кардиологический диспансер "Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии", Сургут, Россия

С целью оценки эффективности реализуемых на территории ХМАО-Югры программ, направленных на снижение заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения (БСК) проведен анализ, позволяющий оценить основные тенденции сердечно-сосудистого здоровья населения ХМАО-Югры за последние шесть лет (2005–2010 гг.).

Методы исследования. Данные для анализа показателей БСК взяты из годовых отчетов всех лечебно-профилактических учреждений ХМАО-Югры, материалов отдела медицинской статистики и анализа Департамента Здравоохранения ХМАО-Югры. Используются аналитический, статистический

методы. Данные представлены в виде показателей структуры, частоты, соотношения и наглядности.

Полученные результаты. Несмотря на то, что смертность от БСК в течение ряда лет занимает первое место среди всех причин, колебания показателя в течение последних пяти лет были статистически незначимыми (от 301,6 до 283,0 на 100 000 населения), что позволяет говорить о достижении определенной стабильности. В структуре причин сердечно-сосудистых смертей ишемическая болезнь сердца не просто занимает первое место (в 2010 г. составила 157,0 на 100 000 населения), а превышает смертность от артериальной гипертонии (10,5 на 100 000 населения) и cerebroваскулярных заболеваний (59,0 на 100 000 населения) в 15 и 2,5 раза соответственно. Причем, за последние годы смертность от ишемической болезни сердца существенно не менялась (154–164,1 на 100 000 населения). За последние 4 года (2007–2010 гг.) болезненность АГ сохраняется на уровне 63,0–60,6 на 1000 населения. Несомненным достижением регионального здравоохранения является факт снижения смертности от cerebroваскулярных болезней в ХМАО-Югре за 6 лет на 18,3% (с 71, в 2005 г. до 58,5 на 100 000 населения в 2010 г.). В тоже время, заболеваемость cerebroваскулярными болезнями в ХМАО-Югре в динамике за 2007–2010 гг. увеличилась с 2,7 до 3,2 на 1000 населения. Ежегодно впервые среди взрослых 18 лет и старше в ХМАО-Югре около 4,5 тыс. человек признаются инвалидами. Среди них удельный вес БСК составляет около 30,0%, и, несмотря на то, что за 6 лет произошло уменьшение показателя на 10,0%, БСК по-прежнему занимают первое место как причина стойкой утраты трудоспособности среди других классов болезней. В структуре повторно признанных инвалидами БСК также занимают первое ранговое место и составляют 27,1% (2009 г.).

Выводы.

1. В ХМАО-Югре за последние 6 лет достигнута стабилизация показателя смертности от БСК, снижена смертность от cerebroваскулярной болезни. В тоже время, БСК остаются основной причиной смертности и инвалидности.

2. Рост заболеваемости cerebroваскулярными болезнями, требует пересмотра стратегии первичной профилактики, поскольку это происходит на фоне снижения смертности от cerebroваскулярной болезни по округу в целом.

061 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Скотников А. С.

Московский государственный медико-стоматологический университет, кафедра терапии, клинической фармакологии и скорой помощи, Москва, Россия

Актуальность. Несмотря на очевидные успехи последних десятилетий в области изучения патогенеза, диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний, они, по-прежнему, являются главной причиной инвалидизации и смертности населения во всех развитых странах мира. Комбинированное применение антиагрегантов и антикоагулянтов стало повседневной практикой при острых коронарных синдромах. При отсутствии адекватной и безопасной противосвертывающей терапии, одними из наиболее часто встречающихся смертельных осложнений инфаркта миокарда являются именно тромботические события, к которым относятся рецидивирование и возникновение последующих повторных инфарктов миокарда, тромбозы иной локализации.

Цель. Целью исследования было определить особенности клинического течения и прогноза острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST на ЭКГ у пациентов с высоким риском развития кровотечения на фоне исходного железодефицитного состояния.

Материал и методы. Автором проанализированы истории болезни 2473 больных, поступивших в отделение кардиореанимации с октября 2006 года по октябрь 2009 года по каналу СМП с направительным диагнозом острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST на ЭКГ, а также 339 протоколов аутопсии.

Результаты. На основании анализа архивных данных показано, что частота встречаемости анемии у пациентов с ОКС без подъема сегмента ST составляет 64,5%. Риск развития кровотечения у данных больных врачами оценивается крайне редко, а антитромботическая терапия назначается только в 62,6% случаев. Кроме того, при снижении гемоглобина ниже 90 г/л лечение антикоагулянтами проводится лишь у 30,7% пациентов. Обратная ситуация наблюдается в отношении коррекции дефицита железа. Пациентам с ОКС без подъема сегмента ST и низким уровнем гемоглобина препараты железа назначаются в 44,9% случаев, при этом больным с железодефицитной анемией легкой степени — только в 6,5% случаев. Между тем частота развития инфаркта миокарда и смертность этих пациентов зависят как от исходного уровня гемоглобина, так и от проводимой в стационаре антитромботической терапии, при отсутствии которой в структуре фатальных событий 22,1% занимают именно тромботические осложнения. Кроме того, продемонстрировано, что частота развития инфаркта миокарда и смертность пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST зависят от исходного уровня гемоглобина, а при тяжелой анемии составляют 97,3% и 78,1% соответственно. Доказано, что наибольшая частота фатальных (22,1%) и нефатальных (37,4%) тромботических осложнений имеет место у пациентов с ОКС без подъема сегмента ST и анемией, которым антитромботическая терапия в стационаре не проводилась, при этом частота геморрагических осложнений у этих больных равняется 4,3%.

Заключение. В работе продемонстрировано, что антитромботическая терапия дальтепарином натрия на фоне коррекции дефицита железа снижает смертность и частоту развития инфаркта миокарда у пациентов с ОКС без подъема сегмента ST, высоким риском кровотечения и исходным железодефицитным состоянием. Также доказано, что при правильном дозировании исследуемого антикоагулянта данная антитромботическая терапия является безопасной.

062 ГЕМОДИНАМИКА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С НЕСТАБИЛЬНЫМ ОФИСНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

Харлова А. Г., Ефремушкин Г. Г., Филиппова Т. В.

КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн», ГОУ ВПО «АГМУ Росздрава» Барнаул, Россия

Цель исследования: изучить показатели центральной и периферической гемодинамики у клинически здоровых молодых лиц с нестабильным артериальным давлением.

Материал и методы. Обследовано 47 «здоровых» лиц, среди них 75% — женщины. Средний возраст исследуемых $19,9 \pm 1,6$ лет. Всем участникам проводились эхокардиография (ЭхоКГ) и дуплексное сканирование магистральных и почечных артерий на аппарате Vivid-7 (USA). Всем измерялось артериальное давление (АД) до и после исследования, всего за курс обследования каждому проводился восьмикратный контроль АД. По результатам измерения АД исследуемые были поделены на 2 группы: 1-я — лица с нормальным АД (24 человека), 2-я — лица, у которых отмечалось повышение АД (23). Высокое нормальное АД было у 43% лиц 2-й группы; АД, соответствующее 1-й степени артериальной гипертензии (АГ) — у 17%, 2-й степени АГ — у 10%, изолированная диастолическая АГ — у 30% лиц 2-й группы. При проведении ЭхоКГ определялись: диаметр левого предсердия (d ЛП), конечно-диастолический и конечно-систолический размеры левого (КДР ЛЖ и КСР ЛЖ) и правого (КДР ПЖ и КСР ПЖ) желудочков, толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ), толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП), фракция укорочения левого желудочка (ФУ ЛЖ), фракции выброса и ударные объемы обоих желудочков (ФВ ЛЖ, ФВ ПЖ, УО ЛЖ, УО ПЖ), пики скоростей диастолического наполнения (Е и А) ЛЖ и ПЖ, время изоволюмического расслабления правого и левого желудочков (IVRT ЛЖ, IVRT ПЖ), давление в легочной артерии. Расчетным путем определялись индексы основных размеров, масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ), конечно-диастолический объем и конечно-систолический объем правого и левого желудочков (КДО ПЖ, КСО ПЖ, КДО ЛЖ, КСО ЛЖ), минутный объем кровообращения (МОК), сердечный индекс (СИ). При дуплексном сканировании измерялись показатели скорости кровотока в обеих общих сонных, позвоночных, плечевых, почечных, бедренных артериях. Рассчитывалась скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) в этих сосудах.

Результаты. У лиц с повышенным АД отмечается достоверно большие ($p < 0,05$) в сравнении с лицами с нормальным АД значения показателей КДР ЛЖ, ММЛЖ, ФУ ЛЖ, КДО ЛЖ, УО ЛЖ, IVRT ПЖ, МОК, СИ. Различия значений ФУ ЛЖ, ММЛЖ, МОК, СИ высоко достоверны ($p < 0,01$). У пациентов 2-й группы отмечена тенденция к повышению d ЛП, КСР ЛЖ, ТЗСЛЖ, ТМЖП, КДР ПЖ, КСО ПЖ ($p > 0,05$). СРПВ, максимальная и минимальная скорости кровотока в исследуемых сосудах достоверно не различались в двух группах, но отмечаются большие значения данных показателей в группе с нормальным АД.

Заключение. У половины молодых людей выявлена субклиническая АГ. У молодых лиц, имеющих склонность к повышению АД, отмечены признаки систолической и диастолической дисфункции миокарда. Увеличение ММЛЖ у данного контингента пациентов может свидетельствовать о раннем поражении органа мишеней (миокарда левого желудочка) при АГ.

III. ПРОФИЛАКТИКА. ФАКТОРЫ РИСКА

063 КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПОД ВЛИЯНИЕМ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ ГАЗОДОБЫВАЮЩЕГО ПРЕДПРИЯТИЯ

Абдрашитова А. Т.

ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель. Выявить клинические особенности течения ИБС у лиц, подверженных комплексному воздействию неблагоприятных производственных факторов газодобывающего предприятия.

Материал и методы. Обследовано 1600 работников ООО «Газпром добыча Астрахань» (основная группа), все лица мужского пола, средний возраст $43,46 \pm 9,23$ лет, средний стаж

работы $12,25 \pm 8,5$ лет и 100 работников строительной организации г. Астрахани (группа сравнения), средний возраст — $40,14 \pm 10,1$ года, стаж $10,32 \pm 7,42$ лет. Группы по возрасту и стажу не отличались ($p > 0,05$). Проведено антропометрическое обследование, исследование общего анализа крови, липидного спектра, глюкозы, ЭКГ, ЭхоКС, ВЭМ, СМАД.

Результаты. По распространенности ИБС, подтвержденной результатами клинического обследования и нагрузочных проб, в основной (13%) и группе сравнения (12%) статистически значимых различий не обнаружено ($p > 0,05$). У лиц с ИБС, занятых на газодобывающем производстве, возраст статистически значимо ниже ($p < 0,05$), чем у работников строительной организации, что свидетельствует о более раннем развитии ИБС под влиянием неблагоприятных производственных факторов. В основной группе выявлено статистически значимое превышение индекса массы тела (ИМТ) над показателями лиц группы сравнения ($p < 0,05$), что обусловлено несоблуде-

нием диеты, несвоевременностью приема пищи (последний прием пищи менее чем за час до сна), нарушением режима сна и бодрствования. Выявленные особенности образа жизни обследуемые связывают с характером работы (ранний подъем в 5 часов и поздний ужин после 20 часов, учитывая отдаленность расположения предприятия от городской черты). У лиц с ИБС основной группы средний уровень систолического артериального давления и функциональный класс хронической сердечной недостаточности (ХСН) достоверно выше, чем в группе сравнения ($p < 0,05$). Среди работников строительной компании не выявлено пациентов с застойной ХСН, эпизодами безболевой ишемии миокарда, перенесших инфаркт миокарда. Концентрация общего холестерина и липопротеидов низкой плотности в основной группе достоверно превышала показатели группы сравнения ($p < 0,05$). По данным ЭКГ в основной группе чаще встречаются нарушения ритма и проводимости ($p > 0,05$). В группе сравнения не обнаружено фибрилляции предсердий, блокады левой ножки пучка Гиса, желудочковой экстрасистолии, рубцовых изменений в миокарде и гипертрофии левого желудочка. По ЭХОКС у всех обследованных выявлено уплотнение аорты. В группе сравнения наблюдается статистически значимое ($p < 0,05$) превышение фракции выброса и снижение конечного диастолического объема, не выявлена дилатация полостей сердца.

Выводы. Комплексное воздействие неблагоприятных факторов газодобывающего предприятия приводит к раннему возникновению ИБС, течение которой чаще сопровождается развитием сердечной недостаточности, инфаркта миокарда, нарушений ритма и проводимости, эпизодов безболевой ишемии миокарда, значительно ухудшающих прогноз.

064 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВЫСОКИХ УРОВНЕЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В МУЖСКОЙ СИБИРСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

^{1,2} Акимова Е. В., ^{1,2} Каюмова М. М., ² Гафаров В. В.,
¹ Кузнецов В. А.

¹ Филиал ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень;
² Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний, Тюмень, Россия

Целью исследования явилось изучение распространенности высоких уровней психосоциальных факторов риска (ПСФ) сердечно-сосудистых заболеваний в открытой мужской популяции г. Тюмени 25–64 лет.

Материал и методы. Исследование проводилось в рамках программы ВОЗ MOPSY. Методом случайных чисел была сформирована репрезентативная выборка из избирательных списков граждан среди лиц мужского пола городского населения Тюмени в количестве 1000 человек, по 250 человек в каждом из четырех десятилетий жизни (25–34, 35–44, 45–54, 55–64 лет). Отклик на кардиологический скрининг составил 85,0% — 850 участников. В режиме самозаполнения было проведено тестирование по психосоциальным методикам: а) для проведения оценки личностной тревожности (ЛТ) использовалась шкала самооценки Спилбергера, состоящая из 20 утверждений, ЛТ оценивалась как низкая, средняя, высокая; б) для проведения оценки депрессии (Д), жизненно-го истощения (ЖИ) враждебности (ВР) применялся тест Morsy, состоящий соответственно из 15, 14 и 20 утверждений. Выраженность Д, ЖИ, ВР оценивались как низкая, средняя, высокая. Кодировка тестов заключалась в построении компонент индексов и расчёте баллов в соответствии с предложенным алгоритмом программы MOPSY.

Результаты. Распространенность ПСФ у мужчин 25–64 лет составила (стандартизованные по возрасту показатели): Д (высокий — 4,6%, средний — 19,0%), ЖИ — 54,5%, высоких уровней ЛТ — 36,6% и ВР — 46,4%. С возрастом высокий уро-

вень ЛТ возрастал, достигая своего достоверного максимума в группе 55–64 лет сравнительно с молодыми возрастными группами 25–34 лет (28,8% — 50,0%, $p < 0,001$) и 35–44 лет (33,8% — 50,0%, $p < 0,01$). Большая депрессия достигала своего максимума в возрастной категории 55–64 лет сравнительно с прочими возрастными группами и общепопуляционным показателем 25–54 лет (5,9–14,6%, $p < 0,001$). В группах 25–34 и 55–64 лет высокий уровень враждебности почти в два раза превышал средний ее уровень, в 35–44, 45–54 лет — почти в три раза. Высокий уровень ЖИ достигал своего максимума в возрастной категории 55–64 лет сравнительно с прочими возрастными группами и общепопуляционным показателем 25–54 лет (18,1% — 31,3%, $p < 0,001$).

Заключение. Таким образом, в тюменской популяции с возрастом увеличивались высокие уровни личностной тревожности, депрессии, враждебности, жизненного истощения, достигая своего максимума в группе 55–64 лет.

065 АССОЦИАЦИЯ ВРАЖДЕБНОСТИ, КАК ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ФАКТОРА РИСКА, С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ 25–64 ЛЕТ

^{1,2} Акимова Е. В., ^{1,2} Каюмова М. М., ² Гафаров В. В.,
¹ Кузнецов В. А.

¹ Филиал ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень;
² Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний, Тюмень, Россия

Целью исследования явилось изучение взаимосвязи распространенности высокого уровня враждебности (ВР) с наличием и отсутствием ишемической болезни сердца (ИБС) у мужчин открытой популяции г. Тюмени 25–64 лет.

Методологической основой явилось одномоментное эпидемиологическое исследование с использованием стандартной анкеты пси-МОНИКА (изучение враждебности проводилось по тесту MOPSY). Репрезентативная выборка среди лиц мужского пола в количестве 1000 человек была сформирована из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени. Отклик на кардиологический скрининг составил 85,0% — 850 участника. Выделение различных форм ИБС осуществлялось на основании стандартных методов (вопросник ВОЗ на стенокардию напряжения, ЭКГ покоя и кодирование по Миннесотскому коду), используемых в эпидемиологических исследованиях. Выделяли «определённую» ИБС (ОИБС) и «возможную» ИБС (ВИБС).

Результаты. Отношение шансов (ОШ) в группе с наличием ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям и высокого уровня враждебности в мужской популяции 25–64 лет оказалось равным 2,71 (95% ДИ=1,63±4,52, $p < 0,05$). При оценке влияния высокого уровня ВР на развитие ОИБС и ВИБС были получены соответственно ОШ 4,65 (95% ДИ=2,14±10,12, $p < 0,05$) для ОИБС и ОШ 1,36 (95% ДИ=0,69±2,66, $p > 0,05$) для ВИБС. Следовательно, у лиц с ОИБС 25–64 лет высокие градации ВР встречались достоверно чаще, чем у лиц без ОИБС, у лиц с ВИБС различия с группой сравнения (без ВИБС) оказались недостоверными. В возрастном диапазоне показатель достиг статистической значимости лишь в возрастном десятилетии 55–64 лет, где повторял закономерности, присущие в целом популяции 25–64 лет. Так, ОШ в группе с наличием ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям и высокого уровня ВР в возрасте 55–64 лет оказалось равным 5,42 (95% ДИ=2,32±12,66, $p < 0,05$), в группе с наличием ОИБС и высокого уровня ВР — 25,85 (95% ДИ=3,30±202,60, $p < 0,05$). В возрастной категории 55–64 лет ОШ в группе с ОИБС и ВР оказалось в 5,6 раз выше общепопуляционного показателя, а в группе с ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям и ВР — в 2 раза выше общепопуляционного показателя. У мужчин 55–64 лет с ВИБС и наличием высокого

уровня ВР ОШ не достигало статистической значимости, как и в общей популяции 25–64 лет.

Заключение. Таким образом, у мужчин с наличием ИБС высокие уровни враждебности встречаются чаще, чем у лиц без ИБС. У лиц с высокими уровнями ВР наблюдается увеличение шансов развития ОИБС. Увеличение шансов развития ИБС и ОИБС при наличии ВР достигает своего достоверного максимума в возрасте 55–64 лет.

066 ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ МЕТАБОЛИЗМА

Александрова Л. Н., Баллюзек М. Ф., Семенова И. Г.

Учреждение Российской академии наук Санкт-Петербургская клиническая больница РАН, Санкт-Петербург, Россия

Цель: изучение особенностей течения различных форм фибрилляции предсердий (ФП) и метаболических нарушений у пациентов разных возрастных групп.

Материал и методы: в исследование, методом сплошной выборки, включены 454 пациента кардиологического отделения мужского или женского пола 2-х возрастных групп (40–59 лет, старше 60 лет). Анализируемую группу составили 218 пациентов с равным соотношением мужчин и женщин, имеющие ФП (пароксизмальную/постоянную форму) и сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы. Группу сравнения (контроль) составили 236 пациентов соответствующих возрастных групп без ФП. Всем пациентам проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование, включающее в себя оценку жалоб, сбор анамнеза, изучение объективного статуса, оценка антропометрических данных (рост, вес, объем талии, индекс массы тела), клинический и биохимический анализ крови, ЭКГ в 12 стандартных отведениях, одно/многосуточное мониторирование ЭКГ и АД («Кардиотехника» Инкарт, Санкт-Петербург). Также проводилась ЭхоКГ с расчетом массы миокарда левого желудочка (ЛЖ) и диагностикой гипертрофии ЛЖ в соответствии с Фрамингемскими критериями, рентгенограмма грудной клетки.

Результаты. При анализе индекса массы тела (ИМТ) выявлено, что в сравнении с группой контроля (ИМТ $27,7 \pm 5,2$) пациенты с ФП имели более выраженное ожирение (ИМТ $29,7 \pm 5,7$) ($p=0,0001$). Изолированная избыточная масса тела (ИМТ >25), без метаболического синдрома (МС), в общей возрастной группе увеличивала риск ФП в 1,6 раза, с 39,2% до 51,37% ($p=0,027$). Для лиц мужского пола при избыточной массе тела характерно увеличение частоты ФП с возрастом. Так, у пациентов моложе 59 лет встречаемость ФП составляла 32,8%, а в старших возрастных группах этот показатель увеличивается в 2 раза – 59,3% ($p=0,002$). При этом, в группе женщин встречаемость ФП зависит как от возраста, так от степени увеличения ИМТ. Артериальная гипертензия (АГ) и метаболические нарушения, образующие полный МС (дислипидемия, инсулинорезистентность, абдоминальное ожирение), у пациентов в общей группе сочетался с ФП примерно в 1,5 раза чаще (в 63,2% в сравнении с 45,8%) ($p=0,021$), однако, при дальнейшем анализе обратила на себя внимание группа пациентов мужского пола 40–59 лет, у которых при наличии МС мерцательная аритмия встречалась в 21 раз чаще, чем у пациентов без метаболических нарушений ($p=0,004$). При многофакторном анализе выявлено, что ФП встречается достоверно чаще у лиц старше 60 лет с АГ, МС и нарушениями дыхания во сне ($p=0,0001$).

Выводы. Метаболические нарушения, особенно в сочетании с АГ, достоверно ассоциированы с ФП, причем наиболее часто в группе мужчин среднего возраста, в то время как в группе женщин основными факторами развития ФП оказываются изолированное ожирение (при отсутствии других признаков МС) и пожилой возраст пациентов.

067 ИЗМЕНЕНИЯ ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ СУТОЧНЫХ РИТМОВ АД У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ

Белозерова Н. В., Шуркевич Н. П., Ветошкин А. С., Гапон Л. И., Губин Д. Г.

Филиал ФГБУ НИИ кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень; МСЧ ООО «ГАЗПРОМ ДОБЫЧА ЯМБУРГ», п. Ямбург, Россия

Цель: изучить изменения хронобиологических параметров суточных ритмов АД у больных с артериальной гипертензией 2 степени (АГ2 ст.) в условиях заполярной вахты.

Материал и методы. Обследованы 157 мужчин в возрасте от 20 до 59 лет с АГ, которые составили группу наблюдения: 93 пациента, работающих в условиях заполярной вахты, и группу сравнения – 64 пациента, постоянных жителей средней полосы (г. Тюмень). Группы были сопоставимы по возрасту, офисному САД, ДАД. Диагноз верифицирован на основании рекомендаций ВНОК (2008–2010) гг. Всем обследованным выполнено СМАД на «чистом» фоне или на 3–4 день отмены гипотензивных препаратов. Кроме стандартного проведен индивидуальный косинор-анализ данных СМАД с определением хронотипа АД.

Результаты. По результатам анализа СМАД в условиях Севера преобладала преимущественно ночная систола – диастолическая гипертензия ($P=0,0274$ для САДн, $P<0,00001$ для ДАДн, $P=0,0006$ для ИВДАДн) с более высокой среднесуточной ЧСС и вариабельностью ЧСС ($P<0,00001$), плоским типом суточных ритмов АД и ЧСС, в тюменской группе – преимущественно дневная систолическая АГ ($P=0,0002$ для САДд, $P=0,0062$ для ИВСАДд). В группе наблюдения преобладали типы суточного профиля «non dipper» ($P<0,00001$) и «night peaker» ($P=0,0073$), характеризующие недостаточное ночное снижение АД. СИСАД, СИДАД и ЦИ ЧСС были значимо меньше ($p<0,00001$) в северной группе. В группе сравнения, наоборот, преобладали СП «dipper» ($P=0,0439$), «over dipper» ($P<0,00001$), что соответствовало более высоким значениям ВУПСАД, ВУПДАД, СУПСАД и значимо – СУПДАД в группе сравнения.

Хронобиологический анализ СМАД показал, что нормотензивные хронотипы суточных кривых в группе тюменских пациентов с АГ встречались значимо чаще, чем у пациентов северной группы (48,4% против 21,5%, $P=0,0005$). В тюменской группе значимо чаще регистрировался хронотип ДАД «Аллонормотензия» ($P=0,0345$) и незначимо хронотип «Истинной нормотензии» ($P=0,0582$). По распределению гипертензивных хронотипов имела место незначимая тенденция к увеличению числа северян с хронотипами «МЕЗОР АГ» ($P=0,0891$) и «Фазовая АГ» ($P=0,0713$) по данным САД и ДАД. По частоте регистрации других хронотипов тюменская и северная группы были относительно идентичны.

Выводы. В условиях заполярной вахты течение АГ характеризуется выраженным нарушением суточных ритмов АД, преобладанием ночной систоло-диастолической гипертензии с плоским типом суточных ритмов АД и ЧСС. Для оптимизации контроля АД и уменьшения риска осложнений у лиц, работающих в условиях Крайнего Севера необходимо применение хронотерапевтического подхода в лечении больных АГ.

068 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ СО СТЕПЕНЬЮ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

Василькова Т. Н., Рыбина Ю. А.

ГБОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России, Тюмень, Россия

У больных с хронической патологией кардио-респираторной системы при условии длительной хронической гипоксии

в обязательном порядке присутствуют те или иные психоэмоциональные нарушения.

Цель: оценить взаимосвязь прогрессирования артериальной гипертензии (АГ) в ассоциации с ХОБЛ со степенью когнитивных нарушений (КН).

Материал и методы: включено 50 больных АГ II стадии в ассоциации с ХОБЛ средней и тяжелой степени тяжести. Всем больным проведено комплексное клиничко-функциональное исследование с целью верификации диагноза АГ и ХОБЛ. Оценивали ИМТ, стаж курения, индекс курящего (ИК) человека, степень злоупотребления алкоголем (Портнова А. А., 1973). Психоэмоциональный статус: шкалы MMSE, Гамильтона (1960), теста «5 слов» (B. Dubois, 2002). Больные сопоставимы по возрасту длительности заболевания АГ и ХОБЛ. Статистический анализ в программе «Biostat». Достоверность критерий Стьюдента, степень взаимосвязей — по критерию корреляционных связей Пирсона.

Результаты. АГ I степени была выявлена у 3 (6%) больных, 2 степени — у 18 (36%), 3 степени — 29 (58%). При оценке психоэмоционального статуса в 100% случаев выявлены те или иные КН, выраженность которых была взаимосвязана со степенью тяжести ХОБЛ ($r=0,71$, $p<0,05$). Кроме того получены корреляционные взаимосвязи степени тяжести ХОБЛ и выраженности депрессии ($r=0,58$, $p<0,05$). Получена обратная корреляционная зависимость увеличения степени сАД ($r=0,44$, $p<0,05$) и дАД ($r=-0,31$, $p<0,05$) и ухудшения состояния КН, что свидетельствует о том, что даже умеренное повышение АД сопровождается нарушением мозгового кровотока и прогрессированием КН. Получена сильная прямая корреляционная взаимосвязь нарастания КН и стажа АГ ($r=0,89$, $p<0,05$). Необходимо отметить, что у обследованных больных наблюдались КН от легких до выраженных (деменции), причем деменция легкой степени достоверно чаще встречалась у женщин с АГ 2 степени в сочетании с ХОБЛ тяжелой степени тяжести (62,5% против 25%, $p<0,05$). У больных с АГ 2 степени в ассоциации с ХОБЛ тяжелого течения в 60% выявлена деменция умеренной степени тяжести, у мужчин она встречалась достоверно чаще (35% против 25%, $p<0,05$), в 16,6% случаев у мужчин с АГ 3 степени в сочетании с ХОБЛ выраженной степени тяжести-тяжелая деменция. При АГ 3 степени в ассоциации с тяжелым течением ХОБЛ в 60% у мужчин, и в 50% у женщин выявлена средне-тяжелая и тяжелая депрессия. Легкая депрессия верифицирована лишь у 20% женщин с АГ I степени со средней степенью тяжести ХОБЛ. Имелись сильные корреляционные связи между выраженностью КН, стажем курения ($r=0,79$, $p<0,05$), уровнем потребления алкоголя ($r=0,98$, $p<0,05$), ИМТ ($r=0,82$, $p<0,05$).

Выводы: с увеличением тяжести гипоксического синдрома при ХОБЛ и АГ ухудшаются КН, а само повышение АД является одним из основных факторов риска развития деменции и расстройства КН, что в целом усугубляет течение и лечение данной категории больных.

069 АВТОМАТИЗИРОВАННОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА SCORE

Воробьев Р.И.

ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Миздравсоцразвития России, Барнаул, Россия

Цель. Оценить 10-летний фатальный риск SCORE у организованного населения.

Методы исследования. Было обследовано 1564 лиц из организованной популяции городских жителей — 961 мужчина (средний возраст 40,53±12,39 лет) и 603 женщины (средний возраст 40,79±13,28 лет). Все обследованные были разделены на несколько групп в зависимости от возраста. Первую группу составили лица возрастом от 20 до 29 лет, вторую группу — обследованные в возрасте 30–39 лет, в 3-ью — 40–49 лет, в 4-ую — 50–59 лет, 5-ую — старше 60 лет. Кроме того, во всех возрастных группах пациенты были разделены по полу. Проводили анкетирование для выявления традиционных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) (возраст, наличие курения), антропометрическое (рост, масса

тела с расчетом индекса массы тела — ИМТ, окружность талии (ОТ), окружность бедер — ОБ с расчетом индекса ОТ/ОБ), клиническое обследование (измерение артериального давления). Лабораторное исследование включало определение общего холестерина (ОХС) сыворотки крови стандартным набором реагентов на биохимическом анализаторе. У пациентов был определен 10-летний фатальный риск по шкале SCORE специально разработанной компьютерной программой, написанной на языке программирования Object Pascal в среде разработки Borland Delphi 6.0 на основе оценки факторов риска (пол, возраст, курение, ОХС, систолическое артериальное давление). База данных разработана средствами Microsoft Access 2000.

Результаты. Совокупность выявленных факторов риска учитывали в компьютерной программе по шкале SCORE и обследованных распределили по определенному количественному значению риска. В общей группе мужчин и женщин большинство (55%) имеют низкий риск, 35% — умеренный, 10% — высокий и очень высокий. При разделении обследуемых по полу найдено, что у женщин преобладает низкий риск (73%), к группе умеренного риска относится 20% обследованных, на высокий и очень высокий риск приходится — 7% женщин. Среди мужчин большинство (78%) относится к группе умеренного риска, к низкому — 1% и 21% — к высокому и очень высокому уровню риска. Выявлено, что у женщин во всех возрастных группах встречается риск от 0% до 10% (что коррелирует с повышенным артериальным давлением и курением), а в возрасте старше 60 лет от 1% до 13%, при этом величина риска постепенно повышается с возрастом в среднем от 0,06% до 5,31%. У мужчин в возрастных группах 20–29 лет, 30–39 лет и 40–49 лет встречается риск от 1% до 10%, 50–59 лет до 22%, старше 60 лет до 35%. Наблюдается тенденция, как и у женщин — увеличение с возрастом абсолютных значений риска.

Выводы. Показано, что количественно риск SCORE у мужчин выше во всех возрастных группах, чем у женщин. Кроме того, риск с возрастом прогрессивно повышается в обеих половых группах. Автоматизированное определение уровня риска конкретного пациента позволяет быстро определить 10-летний фатальный риск SCORE для оптимального выбора не- и медикаментозных профилактических мероприятий.

070 ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОРОНАРНОГО РИСКА

Воробьев Р.И., Авдеев А.С.

ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Миздравсоцразвития России; ФГБОУ ВПО Алтайский государственный технический университет им И.И. Ползунова, Барнаул, Россия

Целью исследования являлась апробация компьютерного определения 10-летнего фатального риска SCORE у организованного населения.

Материал и методы. Обследовано 560 практически здоровых лиц, у которых наряду с анамнестическими, анкетными, антропометрическими, клиническими (измерения артериального давления — АД), функциональными исследованиями проводили лабораторное исследование — определение в сыворотке крови концентрации общего холестерина ферментативным методом на полуавтоматическом анализаторе Prime Bio SED. Критериями оценки гиперхолестеринемии явились Рекомендации ВНОК «Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза». У пациентов также был определен 10-летний фатальный риск по шкале SCORE специально разработанной компьютерной программой на основе технологической платформы «1 С: Предприятие 8.2». Разработанная программа обеспечивает выявление факторов риска ССЗ и позволяет быстро определить 10-летний фатальный риск ССЗ, предлагает доступ к перечню профилактических рекомендаций, хранит результаты по факторам риска в базе данных.

Результаты. У обследованных были выявлены различные факторы риска — курение (10%), артериальная гипертензия (27%), гиперхолестеринемия (38%). Результаты лабораторных исследований в совокупности с другими факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) учитывали в компьютерной программе по шкале SCORE и обследованные были распределены по группам риска согласно определенному количественному значению риска. Обнаружено, что у 16% пациентов риск соответствовал — “высокому риску”. Были даны рекомендации по “модификации” образа жизни (коррекция диеты, гиподинамии, отказ от вредных привычек), гипотензивные и гиполипидемические препараты. Через 3 месяца было проведено повторное обследование, показавшее, что у части пациентов произошло снижение коронарного риска.

Выводы. Таким образом, установление уровня риска пациента, достигнутое с помощью клинических, лабораторных и других данных при последующей компьютерной обработке позволяет своевременно рекомендовать не- и медикаментозную коррекцию факторов риска, а также повышает приверженность к профилактическим мероприятиям.

071 ЗНАЧИМОСТЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В СОВРЕМЕННОЙ СТРАТЕГИИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Гарганеева Н. П.

ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск, Россия

Цель: изучить взаимосвязь соматических и психосоциальных факторов риска (ФР) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС), ассоциированных с невротическими и аффективными расстройствами, для оценки кардиоваскулярного риска и выбора стратегии профилактики.

Материал и методы. Обследовано 832 больных (361 мужчина и 471 женщина, средний возраст $49,5 \pm 6,4$ года) с АГ и ИБС, ранее наблюдавшихся у кардиолога или терапевта, госпитализированных в отделение пограничных состояний в связи с выраженностью невротических и аффективных расстройств, обусловленных психосоциальным стрессом. В исследовании применен системный анализ взаимосвязи соматических, психических, психосоциальных факторов, определяющий механизмы формирования психосоматических соотношений у больных с ССЗ.

Результаты. В соответствии со шкалой выраженности психосоциального стресса с индивидуальной значимостью для каждого пациента классифицировался на главные жизненные события, медицинские, производственные, негативные межличностные и семейно-бытовые. Методами логистической регрессии определен спектр предикторов, где наряду с известными ФР, поражением органов мишеней, ассоциированных клинических состояний (АГ, дислипидемия, ожирение, метаболический синдром, нарушения ритма сердца, ЧСС и ее вариабельность, гипертрофия левого желудочка сердца, сахарный диабет, отягощенность семейного анамнеза и другие), пошаговый алгоритм включил ряд психосоциальных прогностических факторов. Наибольшее воздействие оказывают стрессорные ФР ($p=0,0001$), способствующие формированию невротических расстройств (реакции на тяжелый стресс, расстройства адаптации, депрессивные, тревожные расстройства, смешанное тревожное и депрессивное расстройство), а также аффективных расстройств (депрессивный эпизод, дистимия). Негативные межличностные и семейно-бытовые стрессорные ФР были более значимыми для женщин (44%), производственные и медицинские — для мужчин (50%). Для женщин характерны: фиксация на психотравмирующей ситуации; восприятие себя «тяжелобольной»; депрессивный тип реакции на заболевание; для мужчин — фиксация на неудовлетворительном физическом состоянии; склонность к самопоричанию и самообвинению; тревожно-депрессивная

или анозогностическая реакции. В число предикторов также вошли: возраст начала тревожного или депрессивного расстройства ($p=0,0001$) и его давность ($p=0,0001$); соотношение возраста начала и давности психической и кардиологической патологии ($p=0,0001$); психопатологический синдром с ведущей депрессивной, тревожной, тревожно-депрессивной симптоматикой ($p=0,0001$); невротические, связанные со стрессом расстройства ($p=0,0001$); аффективные расстройства ($p=0,0001$); выраженность и структура психосоциальных стрессорных факторов ($p=0,0001$).

Выводы. Психосоциальный стресс и психосоциальные факторы следует учитывать для суммарной оценки кардиоваскулярного риска и прогноза социально значимых ССЗ, что создает условия для поиска перспективных направлений стратегий профилактики при совместных усилиях (кардиолога/терапевта, психиатра, психотерапевта) и едином интегративном подходе к тактике ведения больных.

072 ЛИЧНОСТНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ И 16-ЛЕТНИЙ РИСК ИНСУЛЬТА В ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г. НОВОСИБИРСКА

Гафаров В. В.^{1,2}, Панов Д. О.^{1,2}, Громова Е. А.^{1,2}, Гагулин И. В.^{1,2}

¹ ФГБУ Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН; ² ФГБУ НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель. Изучить влияние личностной тревожности (ЛТ) на риск возникновения инсульта в женской популяции 25–64 лет г. Новосибирска.

Материал и методы. В рамках третьего скрининга программы ВОЗ «MONICA-психосоциальная» в 1994 г была обследована случайная репрезентативная выборка женщин в возрасте 25–64 лет ($n=870$) одного из районов г. Новосибирска. Личностная тревожность изучена с помощью теста Спилберга. Из общей когорты в течение 16 лет (1995–2010 гг) наблюдение было осуществлено за 78,9% обследованных в 1994 г. 5,1% женщин в течение периода наблюдения перенесли инсульт. “Кокс” пропорциональная регрессионная модель использовалась для оценки относительного риска (RR) возникновения инсульта. Для проверки статистической значимости различий между группами использовался критерий хи-квадрат (χ^2). Женщины, перенесшие цереброваскулярные события к началу исследования, не включались в анализ.

Результаты. Высокий уровень тревожности (ВУТ) в наблюдаемой когорте встречался у 59,8% женщин. Среди лиц со случаями инсульта распространенность ВУТ составила 51,5%. В течение 16 лет RR развития инсульта у женщин с ВУТ был в 3,5 раза выше, чем без (95,0% ДИ: 1,020–12,015; $p<0,05$). При ВУТ высшее образование связано с более высокой частотой инсульта, чем у лиц, кто имел среднее образование ($\chi^2=4,32$ df=1 $p<0,05$). Частота инсульта была выше среди работников тяжелого физического труда с ВУТ, чем без ($\chi^2=3,99$ df=1 $p<0,05$) и лиц с ВУТ, имеющих инженерные специальности, легкий физический труд ($\chi^2=7,325$ df=1 $p<0,01$; $\chi^2=6,35$ df=1 $p<0,05$, соответственно).

Заключение. Распространенность ВУТ открытой популяции среди женщин 25–64 лет высока. В течение 16-летнего периода наблюдения женщины с ВУТ имеют более высокий риск инсульта, чем без. ВУТ у женщин нивелирует протективный эффект образования на риск инсульта. Более низкий социальный статус в сочетании с ВУТ увеличивает риск развития инсульта.

073 МНОГОЛЕТНИЕ ТРЕНДЫ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ И ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СИБИРСКИХ ПОДРОСТКОВ (1989–2009)

Денисова Д. В., Завьялова Л. Г., Шербакова Л. В.

ФГБУ «НИИ терапии» СО РАМН, Новосибирск, Россия

Известно, что с 90-х годов прошлого века в России происходили социально-экономические преобразования, существенно влияющие на здоровье населения.

Целью настоящего исследования явилось изучение многолетней динамики параметров физического развития и фактического питания подростков в современной России на примере Новосибирска (1989–2009 гг.).

Материал и методы. В рамках многолетних популяционных обследований подросткового населения Новосибирска проводился мониторинг показателей фактического питания и физического развития подростков 14–17 лет обоего пола. В период с 1989 по 2009 гг. проведено 5 скринингов подростков с интервалом в 5 лет. Всего обследовано 3311 человек по единой программе, включавшей анкетирование, антропometriю (рост, масса тела, толщина кожной складки на плече и под лопаткой, окружность грудной клетки), изучение фактического питания методом суточного воспроизведения. Масса тела оценивалась по весоростовому индексу Кетле ($\text{кг}/\text{м}^2$). В суточных рационах подростков определялись содержание белка (животного и растительного), общего жира (в т.ч. насыщенных, моно- и полиненасыщенных жирных кислот), углеводов (в т.ч. сахара и крахмала), энергетическая ценность рациона.

Результаты. Двадцатилетняя динамика весоростового индекса подростков носила U-образный характер с наименьшими значениями в 1999 году. Окружность грудной клетки у девочек-подростков уменьшилась в среднем на 12,6 см. У юношей средние величины окружности грудной клетки также уменьшились. Средние значения роста и суммы кожных складок на плече и под лопаткой за 20 лет почти не изменились.

За изученный период произошли существенные изменения в потреблении основных нутриентов и энергии. Суточное потребление белка снизилось в обеих гендерных группах. Наибольшее снижение этого показателя произошло в период с 1994 по 1999 гг. В 1999 г. среднее содержание белка в суточном рационе девочек-подростков (48 г) было ниже порога безопасности ВОЗ (50 г/сутки). В те же годы снизилось потребление углеводов и жиров и соответственно — снизилась энергетическая ценность рациона подростков. В период с 1999 по 2009 гг. отмечено некоторое увеличение потребления основных пищевых веществ (белков, жиров и углеводов), однако в среднем эти показатели оставались ниже рекомендуемых нормативов РФ. За весь период наблюдения структура рациона подростков оставалась несбалансированной: вклад белков в калорийность питания составлял 12–13% при рекомендуемом уровне 15%, вклад углеводов — 47–50% при рекомендуемых 55%, процент содержания жиров — до 40%, при рекомендуемом уровне 30%.

Таким образом, популяционные исследования в Новосибирске выявили процессы замедления физического развития подростков и снижение потребления основных пищевых веществ в течение последних 20 лет, продемонстрировав тем самым значительное влияние социально-экономических реформ в России на здоровье подросткового населения.

074 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ТРЕНДЫ КУРЕНИЯ ПОДРОСТКОВ ТИПИЧНОГО РОССИЙСКОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА НА ПРИМЕРЕ НОВОСИБИРСКА

Денисова Д. В.

ФГБУ «НИИ терапии» СО РАМН, Новосибирск, Россия

Курение считается самым широко распространенным и модифицируемым фактором в ряду причин заболеваемости и смертности населения. Очевидно, что профилактика курения наиболее эффективна на ранних его стадиях, когда идет формирование этой привычки, чаще всего это подростковый возраст.

Цель: изучение распространенности и трендов курения среди подростков типичного российского промышленного города на примере Новосибирска.

Материал и методы. Проведено 6 популяционных скринингов (1989, 1994, 1999, 2003, 2009 и 2012 гг.) случайных репрезентативных выборок школьников-подростков 14–18 лет одного из городских районов Новосибирска. Обследовано 3550 подростков обоего пола. Отношение к курению у подростков изучено по данным анкетирования. Курение регистрировалось при выкуривании не менее 1 сигареты в неделю. В программу обследования также входили антропометрия, измерение артериального давления, биохимическое исследование крови (липидный профиль) и почтовый опрос родителей.

Результаты. Распространенность регулярного курения (не менее 1 сигареты в неделю) среди мальчиков-подростков Новосибирска за 20 лет снизилась с 45% в 1989 г. до 18% в 2009 г. ($P < 0,05$); среди девочек процент курящих увеличился с 19% в 1989 г. до 27% в 2003 г. ($P < 0,05$), а затем снизился до 13%. Результаты скрининга 2012 года свидетельствуют о сохранении тенденции подросткового курения к снижению. Интенсивность курения (число выкуриваемых сигарет в неделю) в группе мальчиков в целом не изменилась, у девочек интенсивность курения за изученный период неуклонно повышалась. Средний возраст начала курения у мальчиков-курильщиков составил 13,2 года, у девочек — 14 лет. В группах интенсивно курящих подростков отмечен более ранний возраст начала курения. Основным побудительным мотивом начала курения явилось любопытство (83–85%). Удорожание табачной продукции, связанное с финансовым кризисом 1998 года, оказало определенное тормозящее воздействие на подростковое курение, в большей степени среди мальчиков. Обнаружено, что в семьях, где родители курят, процент подростков-курильщиков почти вдвое выше, чем в некурящих семьях: 65% против 35%. У курящих мальчиков выявлены достоверно более низкие уровни ХСЛВП относительно некурящих сверстников, особенно в группе интенсивно курящих подростков. Соответственно и частота гипохолестеринемии (ХСЛВП ≤ 40 мг/дл) у регулярно курящих мальчиков была вдвое выше, чем у некурящих. Сниженная физическая активность чаще встречалась в группах курящих подростков по сравнению с некурящими, статистически достоверно — среди девочек.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о снижении частоты курения среди подростков, однако тенденции к омоложению и увеличению интенсивности курения, негативное его воздействие на антиатерогенную фракцию холестерина крови у мальчиков, связь курения с низкой физической активностью, влияние семейного курения свидетельствуют о серьезности проблемы подросткового курения и необходимости принятия превентивных мер.

Исследование поддержано грантом РГНФ № 12–06–00878 в 2012 году.

075 ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА ПРИ РАЗЛИЧНОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОМ РИСКЕ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Долгополова Д. А.

Сургутский государственный университет ХМАО-Югры, медицинский институт, Сургут, Россия

Патологические изменения структуры и функции сердца и сосудов у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) формируются уже на ранних этапах заболевания и быстро прогрессируют в осложнения. Крайне важно оценивать структурно-функциональное состояние сердца на ранних стадиях заболевания.

Цель: определить тип ремоделирования сердца у больных ХОБЛ на основе оценки суммарного сердечно-сосудистого риска (ССР) по шкале SCORE.

Материал и методы. В исследование был включен 91 больной. У пациентов с изолированной ХОБЛ по шкале SCORE был оценен суммарный ССР. 51 больному, 36 из которых

имели изолированную ХОБЛ ($n = 36$) и 15 пациентов ХОБЛ, ассоциированную с ИБС ($n = 15$), было проведено углубленное инструментальное обследование, включающее спирографическое, эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследования, ультразвуковое доплерографическое исследование БЦС (УЗДГ БЦС). Статистическую обработку данных производили с помощью программы Mc Excell 2007, «Statistica 8.0».

Результаты и обсуждение. По 27,1% пациентов имело низкий и высокий ССР. У пациентов с ХОБЛ, ассоциированной с ИБС обнаружены достоверно большие размеры левого предсердия ($p < 0,05$). Эксцентрическая гипертрофия левого желудочка (ЛЖ), обусловленная перегрузкой объемом, достоверно чаще встречается у пациентов ХОБЛ с очень высоким ССР ($p < 0,05$). Концентрическая гипертрофия, являющаяся прогностически наиболее неблагоприятным типом ремоделирования ЛЖ в отношении развития сердечно-сосудистых осложнений, достоверно чаще встречается у пациентов ХОБЛ совместно с ИБС ($p < 0,05$). По мере утяжеления бронхиальной обструкции наблюдается изменение морфофункциональных показателей ЛЖ с развитием ремоделирования сердца ($p < 0,05$). Выявлены выраженные положительные достоверные связи между диаметром сонных артерий ($r = 0,63$), количеством атеросклеротических бляшек ($r = 0,31$), комплексом «интима-медиа» ($r = 0,20$) с размерами правого предсердия (ПП).

Выводы. 1. При ХОБЛ, вне зависимости от степени ССР, имеет место гипертрофия как правых отделов сердца, так и ЛЖ, достоверно не отличающаяся от таковой у пациентов с ассоциированной ИБС, а, значит, данные пациенты также подвержены развитию сердечно-сосудистых осложнений и составляют группу риска. 2. У больных ХОБЛ достоверно чаще встречается эксцентрическая гипертрофия левого желудочка. 3. По мере утяжеления бронхиальной обструкции наблюдаются более выраженные морфофункциональные изменения ЛЖ. 4. Увеличение ПП может служить дополнительным косвенным критерием развития кардиоваскулярных и цереброваскулярных катастроф у больных ХОБЛ помимо факторов, которые учитывает шкала SCORE.

076 БИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ – АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Донов А. В., Петрова М. М., Гурганиева Н. П.

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздравсоцразвития России; ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Томск, Россия

Цель: изучить эффективность применения Биологической обратной связи, как метода психологической реабилитации для больных прогрессирующей стенокардией на этапе стационарного лечения.

Материал и методы. На базе кардиологического отделения обследовано 107 больных с прогрессирующей стенокардией, все мужчины (средний возраст $59,2 \pm 1,04$ года). Диагноз ИБС был верифицирован с использованием клинико-функциональных и инструментальных методов исследования. Психологическое состояние больных изучалось с помощью опросников СМОЛ (Сокращенный Многофакторный Опросник исследования Личности), «Шкала Враждебности», качества жизни (Гладков А. Г., 1982). Курс психологической реабилитации включал 10 сеансов с применением методики, разработанной в научно-медицинском центре «Радикс» (Москва), «Биологической обратной связи».

Результаты. Анализ индивидуальных профилей СМОЛ позволил выявить признаки социально-психологической дезадаптации (СПД) у 27 больных прогрессирующей стенокардией. Показателями СПД являлись значения СМОЛ, превышающие 60 Т-баллов по шкалам 1 (ипохондрии), 2 (депрессии), 7 (психастении), и снижением по шкале 9 (оптимизма), что определило показания для

отбора пациентов и проведения курса психологической реабилитации. Учитывалось повышение показателя «общей враждебности», составившее в среднем $49,2 \pm 5,6$ баллов и снижение суммарных показателей качества жизни (КЖ): умеренно снижены у 23,2% пациентов, значительно снижены у 29%, снижены в легкой степени у 16% пациентов. Контрольную группу составили больные, не прошедшие курс психологической реабилитации. В основной группе к окончанию курса психотерапии отмечено достоверное снижение ряда показателей усредненного профиля СМОЛ. Результаты, представленные в Т-баллах, указывают на положительную динамику показателей профиля СМОЛ и снижение по шкале 1 ($c 58,42 \pm 2,28$ до $52,61 \pm 1,7$; $p < 0,01$), шкале 2 ($c 53,85 \pm 2,31$ до $48,70 \pm 2,05$; $p < 0,05$), шкале 3 ($c 54,23 \pm 2,1$ до $49,65 \pm 1,93$; $p < 0,01$), шкале 7 ($c 49,38 \pm 1,86$ до $47,48 \pm 1,8$; $p < 0,05$) и повышение по шкале 9 ($c 47,25 \pm 1,33$ до $48,15 \pm 1,35$). Суммарные показатели по шкалам «враждебности» также уменьшились по сравнению с исходным уровнем ($c 49,2 \pm 5,6$ баллов до $42,64 \pm 3,92$; $p < 0,05$). Методика психологической реабилитации была включена в комплексную программу лечения на фоне используемой схемы медикаментозной терапии.

Заключение. Выполненное исследование показало целесообразность раннего выявления признаков социально-психологической дезадаптации. Включение психологической реабилитации в схему комплексной терапии, проводимой на госпитальном этапе, позволит оптимизировать дальнейшую тактику наблюдения и повысить эффективность медикаментозного лечения больных ИБС.

077 УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ – ПРЕДИКТОР ФОРМИРОВАНИЯ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

Дробот Е. В.

ГОУ ВПО Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Вегетососудистая дисфункция относится к мультифакторным заболеваниям, причиной её могут быть биологические и микросоциальные компоненты. Среди социальных факторов негативно влияющих на здоровье молодых людей следует отметить стрессорные психо-эмоциональные нагрузки, курение, потребление алкоголя.

В связи с актуальностью проблемы цель настоящего исследования – изучить влияние приёма алкоголя на риск формирования синдрома вегетативной дисфункции (СВД) у молодых людей.

Всего обследовано 119 человек (89 девушек и 30 юношей) в возрасте от 20 до 26 лет. С целью выявления проблем связанных с алкоголем использовался тест AUDIT, рекомендованный ВОЗ. У всех респондентов употребляющих алкоголь анализировалась мотивация к его приёму. Оценку признаков СВД проводили по стандартизованному опроснику диагностики вегето-сосудистой дисфункции (А. М. Вейн, 1981). Все испытуемые были анкетированы по опроснику субъективной оценки тревоги. Так как тревожность является показателем субъективного негативного эмоционального состояния (беспокойства, озабоченности, нервозности). Также проводилось исследование стиля поведения в ситуации конфликта по методу Томаса-Климанна и степени мотивации к успеху.

Согласно результатам скрининга, абстинентами являются 39%, анкетиремых (1 группа сравнения). Употребляют алкоголь 2–4 раза в месяц 61% (2 группа), они имеют слегка повышенный уровень риска развития алкогольной зависимости. Оценка мотивации к приёму алкоголя свидетельствует, что в 82% это желание получить удовольствие, «люблю быть навеселе». И только в 18% это способ устранения явлений эмоционального дискомфорта, тревожности. Гендерных различий в мотивации мы не выявили. Среди представителей 2 – й группы СВД диагностирован в 63% случаев. Наблюдается паттерн цереброваскулярных и астеносимпатических жалоб на фоне симпатической активности. В 1-й группе СВД установлен в 32% (кардиальные, и цереброваскулярные признаки встречались с сопоставимой частотой). При оценке уровня тревоги респондентов определено, что высокий уровень тре-

воги во 2 группе встречается в 2,1 раз чаще в сравнении с 1-й группой. Оценка стиля поведения в ситуации конфликта продемонстрировала преобладание во 2 группе стилей избегание и приспособление (в 30% и 32%). В 1-й группе доминирует стратегия компромисса (62%) — наиболее эффективная форма поведения. Высокая мотивация к успеху в 1-й группе респондентов встречается в 1,3 раза чаще, чем во 2-й.

Результаты проведенного исследования показали, что СВД у молодых людей употребляющих алкоголь встречается в 1,9 раз чаще, чем у абстинентов. А такие характеристики как высокая тревожность, преобладание мотивации избегания неудачи или приспособления, над мотивацией достижения успеха могут увеличивать риск формирования алкогольной зависимости и соответственно СВД.

078 ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГРУПП ЗДОРОВЬЯ И ИЗУЧЕНИЕ АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ХОДЕ ДИСПАНСЕРНЫХ ОСМОТРОВ

Еганиян Р. А.

ФГБУ Государственный центр профилактической медицины Минздрава России, Москва, Россия

От здоровья населения зависит профессиональное долголетие и возможность достижения успеха в профессиональных делах. Важны модели и алгоритмы укрепления здоровья, обеспечивающие продуктивное профессиональное долголетие. Вот почему в настоящее время все больше внимания уделяется государственным служащим, сохранению и улучшению их здоровья. И в этом вопросе коррекция основных поведенческих и, связанных с ними биологических алиментарно-зависимых ФР, играет ведущую роль.

В настоящее время вступил в силу приказ Минздрава России от 14 декабря 2009 года, № 984 н, определяющий порядок ежегодной диспансеризации для государственных служащих. Определены 5 групп здоровья, в каждой из которых предполагается дифференцированный порядок действий, включая профилактические мероприятия.

С целью разработки дифференцированных программ профилактического вмешательства проведено одномоментное исследование 728 госслужащих в соответствии с Порядком проведения диспансерных медицинских осмотров и установления групп здоровья. Установлено, что принадлежность 1 группе Здоровья имели 3,6% участников, II-ю группу имели — 57,7%, III-ю — 32,3% и IV-ю — 6,4% обследованных. V группа отсутствовала.

Выявлено, что сдвиги в показателях алиментарно-зависимых ФР — избыточной массы тела, ожирения, липидов сыворотки и артериального давления нарастают с повышением групп здоровья и статистически достоверно становились выше в IV-й группе по сравнению с I-й. Исследовались также поведенческие ФР, связанные с питанием, а также готовность и потребность к их изменениям.

Только половина женщин и треть мужчин имели нормальную массу тела. Мужчины чаще имели избыточную массу тела, женщины — ожирение: каждый второй мужчина имел избыточную массу тела, каждая пятая женщина — клинически диагностированное ожирение. 90% женщин с избыточной массой тела и 40% женщин с нормальной массой тела выражали желание снизить свой вес. У мужчин такой готовности не отмечалось.

С нарастанием массы тела нарастала гиподинамия и у мужчин, и у женщин, но желание снизить свою массу тела у женщин не сопровождалось готовностью повысить свою физическую активность. Необходим учет в профилактике алиментарно-зависимых факторов риска ХНИЗ этих половых различий в приверженности.

Целесообразна разработка корпоративных профилактических программ сохранения и укрепления здоровья работающих, направленных на вовлечение лиц трудоспособных воз-

растов в профилактическую активность в отношении прежде всего поведенческих ФР неинфекционных заболеваний, в частности, связанных с питанием.

Таким образом, составление дифференцированных программ требует учета как типа и уровней ФР, степени кардиоваскулярного риска, так и принадлежности определенной группе Здоровья.

079 СВОЕВРЕМЕННОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И КОРРЕКЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ, КАК ВАЖНЕЙШЕЕ УСЛОВИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Есина Е. Ю., Солотницкая Т. Ю.

Воронежская государственная медицинская академия имени Н. Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Своевременное выявление и эффективный контроль факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у студентов, позволит реализовать государственную политику по формированию здорового образа жизни в студенческой среде.

Цель. Выявить доказанные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у студентов медицинского вуза, их взаимосвязь с дисперсионными характеристиками миокарда для доклинической диагностики соматической патологии, ее своевременной коррекции и снижения относительного риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Методы исследования. В исследование было включено 20 студентов 6 курса лечебного факультета ВГМА им. Н. Н. Бурденко, среди них 13 (65%) женщин (средний возраст $22,7 \pm 0,4$ лет) и 7 (35%) мужчин (средний возраст $23,4 \pm 0,5$ лет). Студенты обследовались по следующей программе: клиническое исследование, выявление значимых факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), исследование на приборе «Кардиовизор-6 С» в покое и при физической нагрузке. Оценивался клинический и гемодинамический ответ на физическую нагрузку, динамика интегральных показателей «Миокард», «Ритм», «Код детализации», изменения ЭКГ. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica 6,0 со стандартными методами обработки информации.

Результаты. Сумма факторов риска развития ССЗ у студентов коррелировала с повышением уровня АД, массы тела, низким количеством овощей и фруктов в рационе, курением, избыточным потреблением соли, гиподинамией ($p < 0,05$). При низком относительном риске развития ССЗ клинический, гемодинамический ответ на физическую нагрузку и динамика интегральных индикаторов были адекватными. При высоком — отмечены статистически значимые изменения: появление одышки и чрезмерного увеличения ЧСС сразу после нагрузки, соответственно ($p < 0,05$), а также отклонения данных интегральных индикаторов

Выводы. Использование современных методов оценки электрофизиологических свойств миокарда позволяет выявить и оценить значимое отрицательное влияние множественных факторов риска ССЗ на здоровье студентов.

080 ОПЫТ РАБОТЫ «ШКОЛЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ОТКАЗУ ОТ ТАБАКОКУРЕНИЯ» В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Есина Е. Ю., Панявина Е. В.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Одним из наиболее распространенных факторов риска неинфекционных заболеваний среди студенческой молодежи является табакокурение. Для первичной и вторичной профилактики табакокурения среди студентов, в Воронежской государственной академии им. Н. Н. Бурденко была разрабо-

тана «Школа по профилактике и отказу от табакокурения».

Цель. Профилактика и снижение уровня табакокурения у студентов для повышения уровня здоровья и снижения относительного риска развития неинфекционных заболеваний.

Методы исследования. В «Школе по профилактике курения табака и отказу от табакокурения» приняло участие 22 студента лечебного факультета. «Школа» состоит из пяти занятий. На первом занятии определялись социальные особенности курящих студентов и индивидуальные особенности табакокурения. Инструментальное обследование включало исследование функции внешнего дыхания на аппарате Spiro USB и определение уровня окиси углерода выдыхаемого воздуха и карбоксигемоглобина на анализаторе Misco CO. Теоретическая часть занятий «Школы» охватывала основные вопросы профилактики, патогенеза, клиники и лечения табачной зависимости с мультимедийным сопровождением. Каждое занятие «Школы» предусматривало показ социальных роликов по его теме.

Результаты. Индекс курения до и после проведения «Школы» составил $221,0 \pm 18,47$ и $161,2 \pm 25,52$ ($p < 0,05$) соответственно, демонстрируя высокий риск развития заболеваний бронхо-легочной системы у слушателей школы и положительный ответ на материалы «Школы». Анализ типов курительного поведения выявил преобладание таких типов курения, как «поддержка» ($11,8 \pm 0,35$), «игра с сигаретой» ($11,25 \pm 0,16$) и «расслабление» ($11,0 \pm 0,42$), которые были характерны для 16, 10 и 16 респондентов соответственно. Содержание монооксида углерода (угарного газа) в выдыхаемом воздухе колебалось от $13,2 \pm 1,3$ ppm до проведения «Школы» до $6,3 \pm 1,25$ ppm после проведения пятого занятия ($p < 0,05$).

Выводы: эффективная профилактика табакокурения среди студентов может проводиться с помощью «Школы профилактики и отказа от табакокурения», о чем свидетельствовало: снижение количества выкуриваемых сигарет в сутки и уменьшение окиси углерода выдыхаемого воздуха и карбоксигемоглобина до характеристики NON SMOKER (не курящий) у студентов после проведения пятого занятия «Школы».

081 ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТАТИТЕ

Зайцев Д. Н., Говорин А. В., Потемкин П. С.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель. Изучение вегетативного статуса, спектральных и временных показателей вариабельности ритма сердца у больных хроническим простатитом.

Материал и методы. В исследование включены 62 больных хроническим простатитом (ХП), средний возраст которых составил $35 \pm 5,6$ лет. Контрольную группу составили 34 здоровых мужчин. В исследование не включались пациенты старше 45 лет, имеющие различные заболевания сердца и воспалительные заболевания любой другой локализации. Вегетативный статус определялся с помощью вегетативной анкеты по А. М. Вейну. Всем больным проводилось холтеровское мониторирование ЭКГ по коротким участкам и при суточной записи с изучением спектральных и временных показателей вариабельности ритма сердца (ВРС).

Результаты. При анкетировании пациентов с хроническим простатитом в 70% случаев (44 пациента) имели место вегетативные расстройства. В зависимости от направленности вегетативных нарушений все пациенты были разделены на три группы: первую группу составили 37 пациентов (59%) с активацией симпатического отдела ВНС — симпатотоники; вторую группу — 7 (11%) больных с преимущественной активацией парасимпатического отдела ВНС — ваготоники; третью группу — 18 (30%) пациентов с вегетативным равновесием — эйтоники. При проведении холтеровского мониторирования ЭКГ по коротким участкам были изучены только спектральные показатели ВРС, так как оценка временных и геометрических параметров за короткий промежуток времени не явля-

ется корректной. У пациентов ХП — симпатотоников наблюдалось снижение основных спектральных параметров ВРС по сравнению с больными двух других групп, причем наиболее значительно изменялся показатель Тр. У симпатотоников выявлено существенное увеличение коэффициента LF/HF, отражающего баланс симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы ($2,11 \pm 0,46$); у эйтоников данный показатель составил $1,57 \pm 0,28$; у ваготоников $0,94 \pm 0,68$ ($p < 0,05$). При проведении суточного мониторирования ЭКГ установлено, что у больных ХП — симпатотоников большинство спектральных и временных показатели ВРС существенно отличались от аналогичных параметров ваготоников, эйтоников и лиц контрольной группы. Так, среди спектральных параметров наиболее были снижены показатели LF и HF (более значительно) с одновременным увеличением коэффициента LF/HF, указывающего на преобладание симпатических влияний на сердечный ритм. Среди временных показателей аналогичные изменения касались параметров SDNN, SDANN, отражающих общий тонус вегетативной нервной системы, а также маркеров парасимпатических влияний — PNN50 и RMSSD.

Выводы. У больных хроническим простатитом в 70% случаев встречается синдром вегетативной дисфункции, проявляющийся преимущественно гиперсимпатикотонией. У больных ХП-симпатотоников при изучении параметров ВРС, оцененных как по коротким участкам ЭКГ, так и при суточной записи отмечается снижение основных спектральных и временных показателей с одновременным увеличением коэффициента LF/HF, что свидетельствует о преобладании симпатических влияний на сердечный ритм и снижении защитного вагусного контроля сердечной деятельности.

082 ЗДОРОВЬЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ЕГО ОПТИМИЗАЦИИ

Зернюкова Е. А., Гречкина Е. Р., Бакумова А. П.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Цель: оценить влияние профессиональных факторов на качество жизни и приверженность к здоровому образу жизни у медицинских работников.

Материал и методы. На первом этапе исследования были обследованы 420 медицинских работников в возрасте от 18 до 63 лет. Клиническое обследование включало анкетирование, антропометрический, лабораторный и психометрический методы исследования. Использованы опросник мотивации, анкета Мориски-Грина для оценки приверженности к лечению, опросники качества жизни (SF-36, EQ-5D), шкалы оценки астении (MFI-20), анкета ВОЗ по нарушению сна, шкалы тревоги и депрессии, синдрома эмоционального выгорания (шкала теста В. В. Бойко). Коррекция выявленных нарушений здоровья проводилась при помощи индивидуальных рекомендаций. Во втором этапе исследования проводилось сравнение качества жизни медработников между лицами, соблюдающими (группа А) и не соблюдающими рекомендации (группа В), между мужчинами и женщинами, а также в зависимости от стажа работы.

Результаты. 40% обследованных медицинских работников отмечали проблемы со сном, 16% страдали депрессией, 36% испытывали тревогу, 30% страдали гипертонической болезнью (из них 13% занимались самолечением), у 63% были проблемы с избытком массы тела (из них 31% страдали ожирением I–III степени), у 11% имелась никотиновая зависимость, 54% медработников признали себя астениками. Установлено наличие прямой корреляционной связи между стажем и уровнем общей астении ($r = 0,157$, $p < 0,05$), между стажем и тревогой ($r = 0,02$, $p < 0,0005$), между стажем и депрессией ($r = 0,02$, $p < 0,0003$). Выявлена положительная корреляционная зависимость между индексом массы тела и возрастом медработников ($r = 0,41$, $p < 0,05$), между уровнем глюкозы крови и уровнем систолического ($r = 0,04$, $p < 0,05$) и диастолического артериального давления ($r = 0,5$, $p < 0,05$), между уровнем холестерина

и уровнем систолического ($r=0,4$, $p<0,05$) и диастолического артериального давления ($r=0,3$, $p<0,05$). При повторном обследовании вдвое снизился показатель тревоги и уровень глюкозы крови по всей группе респондентов, причем в группе А — уменьшение в 3 раза и в 1,5 раза соответственно, а в группе В — недостоверное повышение; показатель динамики бессонницы снизился в 4,5 раза по всей группе респондентов, причем в группе А — снижение в 12 раз, в группе В — в 1,5 раза; отмечено снижение уровня систолического артериального давления в 2,5 раза, уровня диастолического — в 1,5 раза, индекса массы тела в 1,5 раза, причем за счет группы А, уровень депрессии снизился в 3 раза среди всей группы респондентов, причем в группе А — снижение в 4 раза, а в группе В — в 1,5 раза, отмечен рост заболеваемости астенией в группе В — на 8%, но за счет снижения в группе А на 20%, среди всей группы респондентов отмечено снижение уровня на 9%.

Выводы. Наибольшей приверженностью к соблюдению рекомендаций по модификации образа жизни обладают женщины со стажем более 10 лет. Комплексное назначение и выполнение рекомендаций приводит к улучшению показателей качества жизни медицинских работников.

083 ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СРОКАХ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Иванова О. А., Куклин С. Г.

ГУЗ ОВФД «Здоровье», ГБОУ ДПО ИГМАПО, Иркутск, Россия

Многочисленными исследованиями показано позитивное воздействие у больных ИБС и АГ физических методов реабилитации, которые приводят к экономизации функций сердечно-сосудистой системы, что находит отражение в увеличении толерантности к нагрузкам, меньшей ЧСС покоя, снижении АД и более быстрому возвращению физиологических показателей к исходным значениям после высоких нагрузок.

Целью нашей работы стало сопоставление результатов воздействия различных сроков физической реабилитации на структуру сердечного ритма и реактивность вариабельности сердечного ритма (ВСР) в ответ на стандартизированную нагрузочную пробу у больных АГ и ИБС.

Обследовано 38 человек с ИБС, АГ и их сочетанием, посещающих оздоровительные группы на базе областного врачебно-физкультурного диспансера, из которых 1 группу составили 17 человек с курсом тренировок в течение 1 академического года, 2 группу сравнения составили 21 человек со стажем регулярных занятий более двух лет. До начала тренировок и после курса регулярных занятий пациентам обеих групп проводилось обследование: регистрация ВСР по общепринятой методике в горизонтальном положении в течение 5 минут до и после стандартизированной пробы с динамической физической нагрузкой на велоэргометре в течение 5 минут из расчета 0,5 Вт/кг со скоростью 60 об/мин (малая нагрузочная проба). В тот же день проводилась велоэргометрия по непрерывно-возрастающей методике с регистрацией ЭКГ в 12 отведениях до достижения критериев прекращения пробы, с последующей оценкой двойного произведения (ДП), продолжительности последней ступени нагрузки, суммарной работы, разницы между пороговой ЧСС и ЧСС на 3 минуте восстановительного периода. Оценивали следующие показатели ВСР: средняя ЧСС (уд/мин), SDNN (мс), индекс напряжения Баевского, TP (мс²), VLF (мс²), LF (мс²), HF (мс²).

Установлено, что только длительные регулярные нагрузки (3 года и более) у пациентов с АГ и ИБС ведут к достоверному фоновому приросту мощности HF частот в колебательном спектре, что отражает усиление влияний тонуса парасимпатической нервной системы на сердечный ритм. Годичный цикл тренировок приводил лишь к значимому изменению вегетативной реактивности в ответ на малую нагрузочную пробу

и не сопровождался приростом фоновых значений в HF диапазоне.

084 ВЛИЯНИЕ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ НА КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА У ЛИЦ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ СТРЕССОМ

Калинина И. В., Осипова И. В., Антропова О. Н., Курбатова И. И.*, Белоусова Т. Б.*, Бондарева Ю. Б.*, Щербинина Н. А.*

АГМУ; НУЗ ОКБ на станции Барнаул ОАО «РЖД»*, Барнаул, Россия

Целью нашего исследования было оценить частоту висцерального ожирения и его влияние на кардиометаболические факторы риска (ФР) у лиц стрессовой профессии.

Обследованы мужчины ($n=32$; средний возраст $36,1\pm 10,0$ лет); группа с высоким профессиональным стрессом — машинисты (вторая модель по Karasek). Проводили посегментный анализ состава организма на аппарате Tanita BC-418, включая висцеральный жир, индекс массы тела (ИМТ). Оценивали окружность талии (ОТ, см), офисное артериальное давление (АД), оценивали липидный спектр, уровень глюкозы, тревоги и депрессии по HADS. Наличие метаболического синдрома (МС) оценивали по критериям ВНОК (2009).

Частота курения составила 53%, артериальной гипертензии (АГ) 35%, отягощенный анамнез 34%. Средний уровень САД был $123,1\pm 7,1$ мм.рт.ст., ДАД $78,1\pm 6,5$ мм.рт.ст., ОТ $97,3\pm 15,2$ см, процент жира $20,3\pm 9,3$; масса жира $20,3\pm 13,4$ кг, висцеральный жир $7,6\pm 3,6$ кг. Биохимические показатели: глюкоза $4,63\pm 0,48$ ммоль/л, ОХС $4,92\pm 0,75$ ммоль/л, ТГ $1,48\pm 0,80$ ммоль/л, ХС ЛПВП $1,50\pm 0,39$ ммоль/л; ХС ЛПНП $2,88\pm 0,78$ ммоль/л, ХС ЛПОНП $0,68\pm 0,37$ ммоль/л. Повышение уровня ТГ и ХС ЛПНП выявлены у 33 и 39% соответственно, снижение ХС ЛПВП у 6% обследованных. Обнаружена сильная корреляционная связь уровня висцерального жира с ОТ ($R=0,9$; $p<0,0001$), количеством ФР ($R=0,70$; $p=0,0004$), средней с ТГ ($R=0,49$; $p=0,04$), ДАД ($R=0,56$; $p=0,001$), наличием МС ($R=0,60$; $p=0,0006$). В группе обследованных с уровнем висцерального жира больше 12 показатель САД был выше на 8 мм.рт.ст. ($p<0,05$), ОТ на 25,4 см ($p<0,05$), количество ФР в 1,8 раза (2,7 и 1,5; $p<0,05$), а МС регистрировался чаще в 4,5 раза (5 из 8 (63%); 3 из 22 (14%)). ($\chi^2=4,88$; $p=0,271$ с поправкой на Йейтса или $p=0,0159$ критерий Фишера). Кроме того, установлено что, висцеральное и АО тесно связано с недостатком жидкости и активной клеточной массы (мышечной массы) ($\chi^2=4,88$; $p=0,28$), что обязательно необходимо учитывать при разработке индивидуальных профилактических программ, назначении диеты и двигательной активности.

Таким образом, у мужчин стрессовой профессии повышенное количество висцерального жира, установленное методом биоимпедансометрии, ассоциируется с абдоминальным ожирением, увеличением уровня ТГ, САД и ведет к более частому развитию метаболического синдрома ($p<0,05$).

085 КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ СТЕПЕНЬЮ ПОВЫШЕНИЯ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ И СУММАРНОЙ ПЛОЩАДЬЮ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ В СОННЫХ АРТЕРИЯХ

Катамадзе Н. О., Берштейн Л. Л., Гришкин Ю. Н.

ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Введение. У бессимптомных пациентов избыточный подъем систолического артериального давления (САД) во время физической нагрузки ассоциируется с повышенным риском

развития артериальной гипертензии и сердечно-сосудистых осложнений. Одной из причин патологической реакции артериального давления является субклинический атеросклеротический процесс периферических сосудов.

Цель. Изучить характер изменения САД у бессимптомных пациентов во время физической нагрузки и выявить его корреляцию с суммарной площадью атеросклеротической бляшки в экстракраниальных сегментах сонных артерий.

Методы исследования. Обследовано 34 пациента (25 мужчин, 9 женщин) в возрасте 36–73 лет ($55,7 \pm 7,6$ года) без верифицированной ишемической болезни сердца, имеющих два или более традиционных факторов сердечно-сосудистого риска. Проведен электрокардиографический стресс-тест на тредмиле по стандартному протоколу Bruce. Определялся прирост САД как разница между максимальным и исходным САД в процентах относительно исходного значения. Атеросклеротическая бляшка (АСБ) в сонных артериях определялась как локальное утолщение стенки сосуда более чем на 50% в сравнении с окружающими участками, или локальное утолщение стенки более чем 1,5 мм с его протрузией в просвет артерии. Площадь АСБ измерялась в продольной плоскости с наилучшей визуализацией бляшки.

Результаты. Среднее значение прироста САД составило $45,5 \pm 11,7\%$, величина суммарной площади АСБ — $0,12 \pm 0,18$ см². Выявлена умеренная корреляция между степенью повышения САД и суммарной площадью АСБ ($r=0,42$, $p=0,012$).

Выводы. У бессимптомных пациентов с отрицательным ишемическим тестом степень подъема САД во время физической нагрузки коррелирует с выраженностью атеросклеротических изменений экстракраниальных сегментов сонных артерий.

086 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Ковригина М. Н., Мамедов М. Н.

ФГБУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, Москва, Россия

Цель исследования. Прогнозирование риска развития сахарного диабета (СД) у мужчин трудоспособного возраста с различным риском сердечно-сосудистых осложнений.

Материал и методы. В исследование были включены 100 мужчин в возрасте 40–59 лет, с наличием низкого-умеренного (<5% по шкале SCORE), высокого (5–10% по шкале SCORE) и очень высокого (>10% по шкале SCORE) риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Критерием исключения были наличие ССЗ и СД. Все пациенты были анкетированы с помощью вопросника ВОЗ (социально-демографические показатели, поведенческие факторы риска, семейный анамнез, сопутствующие заболевания и учет принимаемых лекарств), антропометрические параметры (измерение роста с точностью до 0,5 см.; измерение массы тела с точностью до 0,1 кг; расчет индекса Кетле; окружность талии с точностью до 0,5 см), офисное измерение АД. Регистрация ЭКГ в покое проводилось в 12-ти стандартных отведениях. Из биохимических показателей были определены параметры липидного спектра, глюкоза в плазме венозной крови натощак и через 2 часа после теста толерантности к глюкозе и концентрация иммунореактивного инсулина. Прогноз вероятности развития СД в ближайшие 10 лет определяли с помощью опросника FINDRISC.

Результаты. Пациенты были разделены на 3 группы по уровню суммарного сердечно-сосудистого риска по SCORE: 54% имели низко-умеренный риск <5%, 37% высокий 5–10% и 9% очень высокий >10%. Среди обследованных мужчин отмечается значительная доля лиц с гипертонической болезнью (ГБ) 1–3 степени. В первой группе по SCORE у 56% выявлена ГБ 1 ст, 17% ГБ 2 ст и 6,7% ГБ 3 ст, тогда как во второй группе 71%, 24%, 4,8% соответственно. В группе очень высокого риска по SCORE преобладает ГБ 1 ст

80% в связи с достижением целевых значений АД на фоне гипотензивной терапии, ГБ 2 ст у 20% пациентов, ГБ 3 ст не выявлено вовсе. Во 2 и 3 группа преобладает высокая степень гиперхолестеринемии, тогда как в 1 группе в основном умеренно-повышенная гиперхолестеринемия-43%. Гипертриглицеридемия и низкий уровень ХС ЛПВП преобладает в 3 группе 60% и 80%, соответственно. Нарушение гликемии натощак по критериям диагностики нарушения обмена глюкозы ADA от 2003 г в первой группе составляет 23%, во второй 47,6%, в третьей 80%, соответственно. Нарушение толерантности глюкозы диагностировано 5% во 2 группе и 20% в 3 группе, а в 1 группе не выявлено. Абдоминальное ожирение примерно в равном процентном соотношении наблюдалось во всех трех группах. Максимальное количество курящих мужчин выявлено в 1 и 3 группах: 33% и 100%. В группе обследованных высокий риск развития СД 2 типа по опроснику FINDRISC в 40% выявлен у пациентов с очень высоким сердечно-сосудистым риском по SCORE. У пациентов 1 и 2 группах преобладает слегка-повышенный (36% и 33%) и умеренно высокий (3,3 и 19%) риск развития СД 2 типа.

Таким образом, исследование показало, что у лиц с очень высоким риском по шкале SCORE также имеется высокий риск развития СД 2 типа в ближайшие 10 лет по опроснику FINDRISC, что требует разработки программы первичной профилактики как сердечно-сосудистых осложнений, так и СД.

087 ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА И УРОВЕНЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА У МУЖЧИН

Комиссарова И. Н., Осипова И. В., Пырикова Н. В.

ГБОУ ВПО АГМУ Минздравсоцразвития России, Барнаул, Россия

Цель: выявить особенности поведенческих факторов риска у работников локомотивных бригад с разным уровнем психосоциального стресса.

Методы исследования. Обследовано 224 мужчины (машинисты и помощники машинистов) в возрасте 22–55 лет. Проводился анализ факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, социально-бытовых условий, профессиональных факторов, оценка психоэмоционального статуса (шкалы: психосоциального стресса Ридера, HADS, Спилберга–Ханина, стресс – тест «Математический счет»). По результатам шкалы самооценки Ридера были сформированы 3 группы: с высоким уровнем стресса (1-я группа – 16,1%, со средним уровнем (2-я группа – 44,6%) и с низким уровнем (3-я группа – 39,3%).

Результаты. В 1-й группе мужчины были старше на 7,4 лет ($p<0,01$), во 2-й группе на 4,2 лет ($p<0,01$), чем мужчины в 3-й группе. Среди обследуемых в 1-й и 2-й группах преобладали машинисты (77,8 и 65,0%, $p<0,01$), в 3-й группе – помощники машинистов (56,8%). В 1-й группе общий стаж работы был больше на 4,6 лет ($p=0,01$) и на 8,7 лет ($p<0,001$), чем во 2-й и 3-й группе. В 1-й группе в 8,3 раза чаще ($p=0,02$) встречались лица с неполным высшим образованием, в отличие от 2-й группы. При этом в 1-й и 2-й группе встречалось больше женатых на 23,7 ($p=0,01$) и 14,8% ($p=0,02$), чем в 3-й группе. Ранний анамнез сердечно-сосудистых заболеваний встречался в 1-й группе в среднем в 2,3 раза чаще ($p=0,01$; $p=0,02$), в отличие от 2-й и 3-й группы. Недостаточное употребление овощей и фруктов во 2-й и 3-й группах встречалось реже в 2,8 ($p=0,02$) и 8,2 раз ($p<0,01$), чем в 1-й группе. У мужчин с высоким уровнем стресса индекс массы тела превышал на 2,8 кг/м² показатель во 2-й и 3-й группах ($p=0,01$; $p=0,02$). В 1-й группе употребление алкоголя выше допустимых значений, встречалось в 2,7 раза чаще ($p=0,02$), чем в 3-й группе. Вне зависимости от уровня стресса все мужчины курили с одинаковой частотой (33,3; 49,0 и 40,0%), причем на рабочем месте в 1,5 раза чаще, чем в выходной день ($p<0,01$). Недостаточный отдых и сон менее 7 часов в 1-й группе встречался в 3,1 раза чаще ($p=0,02$), чем в 3-й группе.

Наезды на людей имели место в 1-й группе в 1,8 раза чаще ($p=0,002$), чем во 2-й группе и в 2 раза чаще ($p=0,0007$), чем в 3-й группе. У мужчин в 1-й группе в 3 раза чаще ($p=0,02$) выявлялась скрытая артериальная гипертензия, в отличие от 2-й и 3-й. В 1-й и 2-й группе субклиническая тревога встречалась в 10,6 ($p<0,001$) и 7,9 раза чаще ($p<0,001$), чем в 3-й группе. В 1-й группе субклиническая депрессия встречалась в 4,9 ($p=0,02$) и в 5,7 раз чаще ($p=0,009$), по сравнению со 2-й и 3-й группой. В 1-й и 2-й группе были выявлены случаи клинической тревоги (8,6 и 2,0%) и депрессии (2,8 и 1,0%), а у мужчин 3-й группы не встречалась вовсе. Умеренная личностная реактивная тревожность в 1-й группе встречалась в 1,7 ($p=0,02$) и в 1,5 раз чаще ($p=0,04$), в отличие от 2-й и 3-й группы.

Таким образом, высокий психосоциальный стресс ассоциирован с более старшим возрастом, уровнем образования, семейным положением, ранним сердечно-сосудистым анамнезом и острыми стрессовыми ситуациями, что приводит к нерациональному питанию, увеличению массы тела, злоупотреблению алкоголем, недостаточному сну, субклинической, клинической тревоги и депрессии.

088 СКРЫТЫЕ МАРКЕРЫ АТЕРОСКЛЕРОЗА И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС

Кондаков В. Д., Осипова И. В., Антропова О. Н., Белашкина Г. А., Тинина Т. А. *

АГМУ; *НУЗ ОКБ на ст. Барнаул ОАО «РЖД», Барнаул, Россия

Цель. Оценить частоту и выраженность скрытых маркеров атеросклероза у мужчин стрессовых профессий с АГ.

Материал и методы. В исследование были включены 160 больных (возраст $47,5 \pm 0,5$ лет), из них 90 пациентов с высоким уровнем профессионального стресса (машинисты и помощники машинистов подвижных составов), 70 — лица других низкострессовых профессий. Критерии включения: мужской пол, профессия — железнодорожники, возраст — 45–55 лет, наличие АГ. Всем участникам проводилась регистрация уровня офисного систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления, частоты сердечных сокращений (ЧСС), измерение окружности талии, индекса массы тела (ИМТ), измерение плече-лодыжечного индекса (ПЛИ), определение уровня холестерина. Оценка толщины интима-медиа (ТИМ) БЦС и эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) проводилась с использованием УЗВР на аппарате «Philips EnVisorC».

Результаты. Окружность талии составила в среднем $92,0 \pm 2,4$ и $89 \pm 2,1$ см в 1-й и 2-й группах, абдоминальное ожирение (ОТ > 94 см) наблюдалось у 54% пациентов в 1-й группе и у 46% пациентов во 2-й группе ($p>0,01$). Курение выявлено у 37% и 29% пациентов в 1-й и 2-й группе соответственно ($p>0,01$). Гиперхолестеринемия выявлена в 1,9 раза чаще у пациентов 1-й группы, чем 2-й (66% и 34% соответственно, $\chi^2=8,6$, $p<0,005$). Повышение ХСЛПНП у 55% и 34% пациентов, ТГ — 44% и 29% соответственно, уровень ХСЛПВП < 1,2 ммоль/л выявлен у 46% и 32% больных в 1-й и 2-й группах соответственно ($p>0,05$).

Признаки атеросклероза БЦС (ТИМ > 0,9 мм) наблюдались у 75% и 25% пациентов 1-й и 2-й групп соответственно ($p<0,005$). Из них, атеросклероз (ТИМ > 1,3 мм) определялась у 22% и 10% пациентов соответственно. ПЛИ < 0,9 имели 54% и 35% пациентов 1-й и 2-й групп ($p=0,001$). Сочетание признаков атеросклероза БЦС и сосудов нижних конечностей имели 15,2% и 14,3% соответственно. У мужчин с профессиональным стрессом атеросклероз обнаружен в 2 раза чаще ($p=0,02$), признаки атеросклероза выявлены в 3 раза ($\chi^2=10,5$, $p<0,005$) чаще в БЦС, и 1,5 раза ($\chi^2=7,3$, $p<0,001$) чаще в сосудах нижних конечностей. Выявлены прямые корреляционные взаимосвязи между ТИМ и окружностью талии ($r=0,31$, $p=0,04$). ЭЗВД составила $1,98 \pm 1,5\%$ в 1-й группе и $1,12 \pm 1,4\%$ — во 2-й группе. В 1-й группе у 32,4% пациентов наблюдалась нормальная реакция эндотелия, у 30,4% — вазоконстрикция, у 17,6% — реакция эндотелия

отсутствовала (инеркционная реакция). Во 2-й группе нормальная реакция была зарегистрирована у 37,4% пациентов, у 20,4% — вазоконстрикция, у 12,7% реакция эндотелия отсутствовала (инеркционная реакция). У мужчин с профессиональным стрессом дисфункция эндотелия выявлена в 1,6 раза чаще ($\chi^2=4,4$, $p=0,05$), а вазоконстрикция в 1,5 раза чаще ($\chi^2=5,3$, $p=0,025$).

Таким образом, профессиональный стресс приводит к увеличению частоты гиперхолестеринемии, ранних признаков атеросклероза сосудов и эндотелиальной дисфункции.

089 ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

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

ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е. А. Вагнера, Пермь, Россия

Цель: изучить сосудодвигательную функцию эндотелия у работающих женщин 40–60 лет.

Материал и методы: исследование проводилось в г. Перми на базе частной медицинской клиники ООО «Клиника женского здоровья» (далее Клиника) совместно с сотрудниками ГБОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е. А. Вагнера» Минздрава России. В 2009–2011 годах у кардиолога осмотры и обследованы 300 человек, наше внимание привлекли работающие женщины 40–60 лет без установленной группы инвалидности. Пациентки обращались в Клинику самостоятельно для консультации и проведения обследований, при этом могли иметь жалобы на заболевания сердечно-сосудистой системы. Диагностика эссенциальной и симптоматической АГ, отсутствия АГ осуществлялась в соответствии с рекомендациями ВНОК, 2008. 1 группу обследования составили 40 женщин с артериальной гипертензией (АГ) II–III стадии, 1–3 степень повышения АД, 3–4 риска; 2 группа включала 20 практически здоровых женщин, средний возраст которых — $53,10 \pm 0,92$ лет. Критерии включения пациентов в исследование: трудоспособные женщины в возрасте от 40 до 60 лет; занятость на предприятиях г. Перми; согласие пациента участвовать в исследовании (было взято письменное согласие по обработке персональных данных респондента, согласно Ф3 № 152 «О персональных данных»). Оценили сосудодвигательную функцию эндотелия на цифровом универсальном ультразвуковом аппарате, построенном с использованием технологии TruScan, Logiq 5 Expert (фирма «General Electric» США) линейным датчиком 10 МГц (по методу D. S. Celermajer et al., 1992). Стимулом, вызывающим зависимую от эндотелия дилатацию периферических артерий, была реактивная гиперемия (РГ).

Результаты: при АГ исходный диаметр плечевой артерии в покое составил в среднем $0,40 \pm 0,007$ см, на фоне РГ он увеличился на $0,033 \pm 0,005$ см, а в ответ на нитроглицерин его прирост достоверно больше — на $0,055 \pm 0,006$ см ($p=0,016$). У пациентов 1 группы с АГ, показатель прироста диаметра артерии на эндотелийзависимый стимул, выраженный в процентах к исходному диаметру, был снижен и составлял $8,23 \pm 1,15\%$, в отличие от 2 группы сравнения — $17,19 \pm 3,64$, $p=0,0048$. У 43% от всех обследуемых 1 группы лиц диаметр во время РГ увеличивался менее чем на 10%, т.е. выявлена сосудодвигательная дисфункция, зависящая от эндотелия, во 2 группе — 8%, $p<0,0001$. Более того, у 16% больных АГ при проведении пробы с РГ определялась парадоксальная вазоконстрикторная реакция, которая свидетельствует о более выраженной дисфункции эндотелия, во 2 группе — таких реакций не было выявлено, $p<0,0001$. Причем из 59% лиц с выявленной дисфункцией у 58% ранее наблюдались кардиоваскулярные осложнения (инсульты, инфаркты миокарда).

Выводы: дисфункция эндотелия в реальной клинической практике выявляется чаще у женщин с артериальной гипертензией, а также при развитии сердечно-сосудистых осложнений.

090 ЗНАЧЕНИЕ ТРАДИЦИОННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ДЛЯ РАЗВИТИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ НАРОДНОСТИ ХАНТЫ: ИТОГИ ШЕСТИЛЕТНЕГО ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Кудряшова В. Е., Попова М. А.

ГОУ ВПО «СурГУ ХМАО-Югра», Сургут, Россия

Цель: установить ведущие факторы риска для развития кардиоваскулярной патологии (артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и их осложнений) у представителей народности ханты на основании длительного проспективного наблюдения

Методы исследования. В исследование включено 167 представителей народности ханты Сургутского района ХМАО-Югры: 93 женщины и 74 мужчины в возрасте 18–72 лет; из них 126 – жители родовых угодий, 41 – сельские жители. Проведены опрос для оценки статуса курения и характера потребления алкоголя, измерение артериального давления, определение индекса массы тела, определение уровня общего холестерина. Значение изучаемых факторов риска в развитии кардиоваскулярной патологии у представителей народности ханты оценено на основании шестилетнего проспективного их наблюдения с учетом условий проживания. Вклад метаболических факторов в кардиоваскулярный риск определяли с помощью многофакторного анализа: кластерного анализа методами построения деревьев классификации и К-средних, факторного анализа методом главных компонент.

Результаты. В популяции ханты Сургутского района среди сельских ханты, статистически достоверно чаще встречались лица с ИМТ 30–34,9 кг/м², чем среди ханты из родовых угодий. Гиперхолестеринемия $\geq 5,0$ ммоль/л была выявлена у 28,6% жителей родовых угодий и 65,9% жителей организованного поселения. АД $\geq 140/90$ мм рт.ст. достоверно чаще встречалась среди сельских жителей. Алкоголь в чрезмерных количествах среди жителей родовых угодий потребляли 60,5% респондентов; среди сельских жителей – 48,8%. Число никотинзависимых лиц среди жителей родовых угодий составило 43,5%, среди жителей организованного поселения 46,3%.

За период шестилетнего наблюдения среди мужчин ханты, проживающих в сельских условиях доля больных с сердечно-сосудистой патологией сохранилась на одном уровне – в пределах 14,3%. Среди мужчин-ханты из родовых угодий зафиксировано три новых случая сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), что составило 4,5%. Среди женщин-ханты, проживающих в сельских условиях, доля больных с ССЗ за период наблюдения увеличилась с 29,4 до 41,7% и стала достоверно больше, чем среди женщин-ханты из родовых угодий, у которых число ССЗ возросло с 11,8 до 16,9%. В целом, по комбинированной конечной точке (ССЗ и смерть от сердечно-сосудистых причин) среди женщин ханты за период наблюдения установлено 11 случаев из 93 (11,8%) и 5 случаев из 74 (6,7%) среди мужчин ханты Сургутского района ХМАО – Югры.

Выводы. По данным многофакторного анализа установлено: в популяции народности ханты Сургутского района среди традиционных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний ведущее место занимают чрезмерное потребление алкоголя и никотиновая зависимость. Изменение условий проживания – уход от традиционного уклада жизни, ведет к формированию признаков метаболического синдрома среди коренных жителей Севера.

091 ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЕМ: ПРЕДИКТОРЫ СПОНТАННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА

Лысоченко А. Б., Тавровская Т. В., Тимофеев А. В., Кулагин А. С., Осипова И. В.

МУЗ «Городская больница № 1», Алтайский государственный медицинский университет, кафедра факультетской терапии, Барнаул, Россия

Цель: оценить частоту и выявить клинические предикторы спонтанного восстановления синусового ритма (СВСР) при фибрилляции предсердий (ФП), развившейся на фоне злоупотребления алкоголем (АлкФП).

Материал и методы: ретроспективно отобраны все истории болезней (ИБ) пациентов, госпитализированных с ФП в 2007–2009 гг (2434 ИБ). Из них, с АлкФП было госпитализировано 170 пациентов. Затем, были отобраны ИБ с АлкФП, кому на догоспитальном и госпитальном этапах не вводились антиаритмические препараты 1 и/или 3 класса. Сравнительный анализ между группой СВСР (гр1) и теми, у кого ритм за время госпитализации не восстановился (гр2), проведен с использованием программ Statistica 6.1 и Medicalc 10.2.0.0. для Windows.

Результаты: выявлено 73 случая АлкФП. Длительность госпитализации (Me [25;75]): 4 [2;10] дня; возраст (M $\pm$ SD): 49,4 $\pm$ 10,1 лет; мужчин 95%, неизвестная давность ФП – у 36% (49%); давность ФП < 48 часов – у 30 (41%). СВСР произошло у 51 пациента (70%) и ассоциировалось: с давностью ФП < 48 часов (OR = 63,8; p=0,0043), при этом у всех пациентов из гр.2 давность ФП оказалась >48 часов или неизвестна; с рецидивирующей, а не впервые выявленной ФП (OR=4,1; p=0,0146); с более молодым возрастом (47,8 $\pm$ 10,6 против 53,2 $\pm$ 7,7 лет в гр.2; p=0,033501), а именно – с возрастом ≤ 50 лет (OR=3,5; p=0,0238); с отсутствием клинических признаков ХСН (OR=3,4; p=0,0268). Не выявлено различий между группами: по длительности госпитализации, полу, индексу массы тела (кг/м²), сопутствующим заболеваниям (ИБС, АГ, диабет, ХОБЛ).

Заключение: СВСР произошло у 70% пациентов с АлкФП. Предикторами СВСР оказались: давность ФП <48 часов, наличие пароксизмов ФП в анамнезе, возраст ≤ 50 лет и отсутствие клинических проявлений ХСН.

092 ДИНАМИКА ФАКТОРОВ РИСКА И РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У МУЖЧИН СТРЕССОВОЙ ПРОФЕССИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ (5-ЛЕТНЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Мирошниченко А. И., Осипова И. В., Антропова О. Н., Зальцман А. Г. *, Курбатова И. В. *, Толстухин В. В. **, Хабарова О. А. **

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

Цель: выявить динамику факторов риска (ФР) и ремоделирования миокарда и их роль в развитии сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у работников локомотивных бригад.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 611 мужчин с артериальной гипертонией и профессиональным стрессом (вторая модель по Karasek-Theorell). Из них у 50 человек в возрасте 46,0 $\pm$ 5,3 лет, произошло нефатальное ССО (инфаркт миокарда, безболевого ишемия миокарда, ОНМК по ишемическому типу, нарушение ритма высоких градаций, сахарный диабет). Данной группе был проведен динамический анализ ФР: семейный анамнез ССЗ, курение, офисное систолическое (САД) и диастолическое АД (ДАД), ожирение, гиперхолестеринемия, ЧСС в покое, гипертрофия миокарда левого желудочка (ГЛЖ) и типы ремоделирования миокарда. Показатели анализировались на 1-й, 3-й и 5-й год наблюдения.

Результаты. Ранний семейный анамнез ССЗ выявлялся у 58% обследованных. В первый год определена следующая структура ФР в порядке убывания: гиперхолестеринемия (84%), курение (80%), САД >140 мм рт.ст. (36%), ДАД >90 мм рт.ст. (32%), ИМТ >30 (28%) и ЧСС >80 в мин. (10%). При оценке ремоделирования ЛЖ выявлено, что ГЛЖ встречается у 22% мужчин, из них у 6% – эксцентрическая ГЛЖ

(ЭГЛЖ), у 16% — концентрическая ГЛЖ (КГЛЖ), концентрическое ремоделирование (КРЛЖ) не выявлялось. На 3-й год частота встречаемости ФР выглядит следующим образом: курение (80%), гиперхолестеринемия (72%), повышенное ДАД (48%), САД (42%), ожирение (28%) и тахикардия покоя (18%). ГЛЖ определяется у 41%, из них ЭГЛЖ — у 4%, при этом впервые у 15% обследованных выявлено КРЛЖ. На 5-й год наблюдения: повышенное ДАД у 84%, курение у 80%, гиперхолестеринемия у 66%, тахикардия покоя у 44%, ожирение у 36% мужчин. ГЛЖ встречается у 42% работников, при этом ЭГЛЖ не определяется, а КРЛЖ — у 40%. При динамическом анализе за пять лет было обнаружено: увеличение частоты повышенного ДАД на 52% ($p=0,0001$), при этом на 36% ($p=0,0001$) в последние два года наблюдения. Тахикардия в покое возрастала на 34% ($p=0,0001$), в последние два года — на 26% ($p=0,005$). Гиперхолестеринемия на фоне рекомендованной терапии статинами снижалась на 18% ($p=0,04$). Частота КГЛЖ возрастала к 3-му году наблюдения в 2,3 раза ($p=0,02$), а к 5-му увеличивалась частота КРЛЖ в 2,7 раз ($p=0,0001$).

Заключение. Основными ФР развития ССО, послуживших отстранению от работы мужчин в трудоспособном возрасте, в порядке убывания явились повышенное ДАД, курение, гиперхолестеринемия, тахикардия покоя и ремоделирование миокарда в виде КГЛЖ и КРЛЖ. Наиболее значимые изменения происходили в последние два года наблюдения, когда увеличивалась частота повышенного ДАД, тахикардии в покое и КРЛЖ.

093 РОЛЬ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В РАЗВИТИИ АССОЦИИРОВАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ СТРЕССОМ

Мирошниченко А. И., Осипова И. В., Антропова О. Н., Лобанова Н. А. *, Залыцман А. Г. *, Курбатова И. В. *, Толстихин В. В. **, Хабарова О. А. **

Алтайский государственный медицинский университет; НУЗ ОКБ на станции Барнаул*; НУЗ ОКБ на станции Алтайская**, Барнаул, Россия

Цель: выявить особенности ремоделирования сердечно-сосудистой системы (ССС) и его роль в развитии ассоциированных клинических состояний (АКС) у лиц с артериальной гипертонией (АГ) и профессиональным стрессом.

Материал и методы. На первом этапе проведено обследование 189 мужчин работников железнодорожного транспорта с АГ, составивших 2 группы: 1-ая — лица с профессиональным стрессом (вторая модель по Karasek-Theorell) — машинисты и помощники машиниста ($n=104$, средний возраст $44,3 \pm 8,3$ лет), 2-ая — лица низкострессовой профессии ($n=100$, средний возраст $46,3 \pm 8,5$ лет). Вторым этапом оценивалась динамика процессов ремоделирования ССС у лиц с возникшими АКС ($n=50$, средний возраст $46,0 \pm 5,3$ лет) в течение 5 лет: за 5 лет, 3 года и 1 год до развития события (ретроспективное наблюдение). Проводилась оценка ремоделирования левого желудочка по данным Эхо-КГ и состояния сосудистой стенки по дуплексу БЦС. Рекомендованная медикаментозная терапия была сопоставима.

Результаты. На 1 этапе при анализе параметров ЭхоКГ гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) была определена у 45,2% и 38,0% мужчин, нарушение диастолической функции ЛЖ I типа у 75,0% и 60,0% 1-й и 2-й групп соответственно. У лиц 1-й группы нормальная геометрия ЛЖ (НГЛЖ) определялась у 28,8%, концентрическое ремоделирование (КРЛЖ) — у 26,0%, концентрическая ГЛЖ (КГЛЖ) — у 26,0%, эксцентрическая ГЛЖ (ЭГЛЖ) — у 19,2% больных. Среди лиц 2-й группы НГЛЖ выявлена у 36,0%, КРЛЖ — у 26,0%, КГЛЖ — у 18,0%, ЭГЛЖ — у 20,0% пациентов. По данным дуплекса БЦС утолщение стенки общей сонной артерии определялось у 47,1% и 34,0% пациентов в 1 и 2-й группах соответственно.

На 2-м этапе при динамическом наблюдении за 5 лет до развития АКС определена следующая структура геометрии ЛЖ: НГЛЖ встречается у 78% работников, ГЛЖ — у 22%, из них у 6% — ЭГЛЖ, у 16% — КГЛЖ. За 3 года до ССО частота ремоделирования ЛЖ: НГЛЖ определяется у 44% мужчин, ГЛЖ — у 41%, из них ЭГЛЖ — у 4%, при этом впервые у 15% обследованных выявлено КРЛЖ. За год до события структура ремоделирования ЛЖ: НГЛЖ встречается у 18% работников, ГЛЖ — у 42%, при этом ЭГЛЖ не определяется, а КРЛЖ — у 40%. Утолщение стенки общей сонной артерии определялось за 5 лет у 33,3% пациентов, за 3 года — у 43,8%, за 1 год — у 48,4%. При динамическом анализе за 3 года до АКС частота КГЛЖ возрастала в 2,3 раза ($p=0,02$), а за 1 год увеличивалась частота КРЛЖ в 2,7 раз ($p=0,0001$), признаки атеросклероза сонной артерии увеличивались на 10,5% за первый период наблюдения и практически не изменялись до АКС.

Заключение. У лиц с профессиональным стрессом имеется увеличение частоты концентрического ремоделирования миокарда ЛЖ и признаков атеросклероза БЦС в течение 5 лет до возникновения ассоциированного клинического состояния.

094 ФАКТОРЫ РИСКА И ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ КОРОНАРНЫЙ РИСК У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА (по результатам работы Центра Здоровья г. Барнаула)

Осипов А. Г., Сылкина С. Б., Правдина Е. А., Макарова Л. Ф. *, Осипова И. В.

Алтайский государственный медицинский университет; Центр здоровья ГУЗ «Краевая клиническая больница*», Барнаул, Россия

Цель: изучить частоту встречаемости факторов, формирующих относительный суммарный коронарный риск (ОР) для пациентов младше 40 лет среди мужчин и женщин.

Материалы и методы. Обследовано 745 человек без сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета в возрасте 16–29 лет (средний возраст $24,0 \pm 0,3$ год) с изучением частоты курения, определением уровня офисного артериального давления и общего холестерина, относительного риска SCORE.

Из числа обследованных 76,5% составляли женщины, мужчины — 23,5%.

Результаты. Частота лиц с гиперхолестеринемией (ГХС) составила 31,7%, частота курения — 25,8%, частота лиц с артериальной гипертензией (АГ) — 3,2%. Частота ГХС была выше у женщин на 9,2% ($p > 0,05$), 33,9% и 24,7%, соответственно), а курения — у мужчин на 19,6% ($p < 0,05$), 40,8% и 21,2%). По частоте АГ значимых половых различий не выявлено (среди мужчин — 5,7% и среди женщин — 2,5%). При оценке относительного коронарного риска выявлено, что среди женщин лиц с умеренным риском было 98,2%, с высоким риском — 1,8% (в том числе с выраженным одиночным фактором риска (ОФР) — 1,1%). Среди мужчин лиц с умеренным риском выявлено 54,6%, с высоким относительным риском — 37,9% (с ОФР — 1,7%), с очень высоким ОР — 7,5%.

Среди обследованных женщин абдоминальное ожирение (АО) имели 12,5% (ОТ — $71,2 \pm 8,2$ см) и 14,6% мужчин (ОТ $80,6 \pm 11,2$ см). Однако 5,1% мужчин и 8,4% обследованных женщин с абдоминальным ожирением имели нормальный индекс массы тела. Был проведен анализ взаимосвязи АО с другими модифицируемыми факторами риска. Лица, имеющие абдоминальное ожирение ($p < 0,05$) реже на 7,5% имели анамнез курения, но чаще ($p < 0,05$) на 15,4% высокое нормальное АД, на 11,9% гиперхолестеринемии. У мужчин с АО чаще ($p < 0,05$) встретились высокое нормальное АД на 22,6%, гиперхолестеринемия на 14,3%. Полученные данные позволяют говорить о патогенетической взаимосвязи артериальной гипертензии, нарушении липидного спектра не зависимо от пола пациента.

Выводы. При анализе факторов, формирующих относительный суммарный коронарный риск, выявляется наиболее высокая частота ГХС и курения среди лиц обоих полов. Среди

мужчин молодого возраста почти половина лиц имеет высокий и очень высокий относительный коронарный риск (45,4%). Таким образом, оценка относительного риска у молодых мужчин позволяет выделить лиц «кандидатов» с неблагоприятным сердечно-сосудистым прогнозом и своевременно сформировать у них мотивацию для здорового образа жизни.

095 РИСК РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ (АНАЛИЗ ДАННЫХ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ)

Осипова И. В., Правдина Е. А., Силкина С. Б., Макарова Л. Ф.*, Осипов А. Г.

Алтайский государственный медицинский университет; Центр здоровья ГУЗ «Краевая клиническая больница», Барнаул, Россия

Цель: оценить распространенность основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), используемых для расчета риска развития сахарного диабета (СД) 2 типа среди лиц молодого возраста.

Материал и методы. Обследовано 370 человек без ССЗ и СД в возрасте 25–39 лет (средний возраст $32,5 \pm 4,4$ года) с изучением анамнеза, частоты абдоминального ожирения (АО), артериальной гипертензии (АГ), определением индекса массы тела (ИМТ), гипергликемии натощак и расчетом риска развития СД 2 типа по шкале FINDSC. Из числа обследованных 77,5% составляли женщины, мужчины – 22,5%.

Результаты. Частота лиц с АО составила 37,6%, с повышенным ИМТ – 25,7%, с ИМТ ≥ 30 – 15,9%, с АГ – 13,2%, частота гипергликемии натощак – 12,7%. Частота АО была высока у лиц обоих полов (среди мужчин – 34,9% и среди женщин – 38,3%). Однако частота лиц с повышенным ИМТ на 16,5% была выше среди мужчин (38,5% и 22%, соответственно, $p < 0,01$). Половых различий по частоте встречаемости лиц с ИМТ ≥ 30 не было (13,3% и 16,7%). АГ на 18,6% чаще наблюдалась у мужчин (27,7% и 9,1%, $p < 0,001$). Частота гипергликемии натощак также была выше среди мужчин на 7% (18,1% и 11,1%, $p > 0,05$). Лиц с очень высоким риском развития СД 2 типа среди лиц обоих полов не было, преобладали лица с низким риском (среди женщин – 61,3% и среди мужчин – 48,2%). Частота лиц с повышенным риском на 13,2% была более высока среди мужчин (41% и 27,8%, $p < 0,05$). Половых различий по наличию умеренного (6% и 8%) и высокого риска (4,8% и 2,8%) не было.

Выводы. Из анализируемых факторов риска ССЗ в молодом возрасте наиболее высокая частота АО вне зависимости от пола, у мужчин более высокая частота встречаемости повышенного ИМТ, АГ и гипергликемии натощак и, соответственно, повышенного риска развития СД 2 типа, что необходимо учитывать при организации первичных профилактических мероприятий.

096 ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У МУЖЧИН СТРЕССОВОЙ ПРОФЕССИИ

Осипова И. В.*, Пырикова Н. В., Комиссарова И. Н.*, Калинина И. В.*, Залыщан А. Г.

НУЗ ОКБ на станции Барнаул ОАО «РЖД», Барнаул; *ГБОУ ВПО АГМУ Минздравсоцразвития России, Барнаул, Россия

Цель. Оценить психоэмоциональное состояние и стресс-реактивность у мужчин трудоспособного возраста в условиях рабочего напряжения.

Материал и методы. Обследовано 224 мужчины в возрасте 22–55 лет, по профессии машинисты и помощники машинистов локомотивного депо станции Барнаул. Для оценки психоэмоционального статуса использовались: шкала самооценки психосоциального стресса Ридера, шкала HADS тревоги и депрессии, шкала реактивной и личностной тревожности Спилберга – Ханина, стресс-тест «Математический счет».

Результаты. По шкале Ридера сформированы 3 группы: 1-я – 16,1% работников с высоким уровнем стресса, средний возраст $43,4 \pm 7,9$ лет; 2-я – 44,6% со средним уровнем стресса, средний возраст $40,2 \pm 10,0$ лет; 3-я – 39,3% с низким уровнем стресса, средний возраст $36,0 \pm 10,9$ лет. Среди машинистов и их помощников с высоким и средним уровнем стресса субклиническая тревога по шкале HADS выявлялась чаще соответственно в 10,6 раза ($\chi^2=21,5$; $p < 0,001$) и в 7,9 раза ($\chi^2=17,7$; $p < 0,001$), по сравнению с лицами, которые имели низкий уровень стресса (36,1, 27,0 и 3,4%). В 1-й группе субклиническая депрессия по шкале HADS встречалась в 4,9 раза чаще ($\chi^2=5,2$; $p=0,02$) и в 5,7 раза чаще ($\chi^2=6,8$; $p=0,009$), по сравнению с 2-й и 3-й группами (19,4, 4,0 и 3,4%, соответственно). В 1-й и 2-й группе выявлены случаи клинической тревоги (8,3 и 2,0%, соответственно) и клинической депрессии (2,8 и 1,0%, соответственно), в 3-й группе – не встречались вовсе. При оценке реактивной тревожности (РТ) по шкале Спилберга – Ханина оказалось, что в 1-й группе в 1,7 раза чаще ($\chi^2=5,8$; $p=0,02$) и в 1,5 раза чаще ($\chi^2=4,0$; $p=0,04$) выявлялась умеренная РТ, в отличие от 2-й и 3-й групп (71,0, 45,5 и 48,6% соответственно). Распространенность умеренной личностной тревожности по шкале Спилберга – Ханина в обследуемых группах достоверно не различалась (56,7, 49,4 и 40,5% соответственно). При оценке стресс – теста «Математический счет» мужчины 1-й группы в 3 раза чаще ($\chi^2=5,4$; $p=0,02$) имели скрытую артериальную гипертензию (АГ), в отличие от 3-й группы (41,2 и 10,3% соответственно). Во 2-й группе скрытая АГ диагностирована в 23,2% случаев, т.е. не было различий между 1-й и 2-й, 2-й и 3-й группами. В 1-й группе наезды на людей за весь период работы имели место у 69,3% опрошенных, что в 1,8 раза чаще, чем во 2-й группе (38,0%) ($\chi^2=9,3$; $p=0,002$) и в 2 раза чаще, чем в 3-й группе (34,1%) ($\chi^2=11,6$; $p=0,0007$).

Таким образом, в коллективе, чья профессиональная деятельность связана с психоэмоциональным напряжением, 60,7% работников имеют высокий и средний уровень психосоциального стресса. Мужчины с высоким уровнем стресса чаще имеют субклиническую и клиническую тревогу и депрессию, острые стрессовые ситуации во время работы, более высокие уровни реактивной тревожности, у них чаще встречаются скрытые формы артериальной гипертензии, в отличие от мужчин с низким уровнем стресса.

097 ЭНТЕРОВИРУС – ФАКТОР РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Плоткин В. Я., Азанчевская С. В., Тимошина М. А., Иващенко Т. Э., Хромов-Борисов Н. Н.

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

Цель: определить роль и механизм действия активной энтеровирусной (ЭВ) инфекции в развитии ишемической болезни сердца.

Методы. Относительное количество антигенов энтеровирусов (ОКАЭВ) Коксаки В1–В6, ECHO 1–32, Энтеро 68–71 определялись в крови с помощью модифицированной реакции связывания комплемента у пациентов инфарктом миокарда (ИМ), осложненным кардиогенным шоком (64 чел.), разрывом миокарда (30 чел.), неосложненным ИМ (48 пациентов), нестабильной стенокардией (НС; 27 пациентов) и в ткани миокарда (94 пациентов) и коронарных артерий (24 больных) пациентов ИМ, умерших от кардиогенного шока и/или разрыва миокарда. В ткани миокарда 41 пациентов посмертно иммуногистохимически исследовались общий антиген капсида ЭВ-В VP1 и дистрофин. Методом ПЦР-ПДРФ анализа исследованы частоты –238G/A, –308G/A полиморфизмов гена фактора некроза опухоли А (TNFA; 89 пациентов), 1G/2G полиморфизма гена матриксной протеиназы 1 (MMP1; 97 пациентов), 5G/6G полиморфизма гена MMP3 (152 пациента) и Arg72Pro полиморфизма гена апоптоза TP53 (94 пациента).

Результаты. ОКАЭВ крови в группе больных ИМ, осложненным кардиогенным шоком ($0,43 \pm 0,04$ отн.ед.) и разрывом миокарда ($0,40 \pm 0,04$ отн. ед.) значимо превышало ОКАЭВ как пациентов НС ($p < 0,0001$), так и больных неосложненным

ИМ ($p < 0,032$). ОКАЭВ в зонах некроза миокарда пациентов, умерших от кардиогенного шока ($0,54 \pm 0,18$ отн. ед.; $p < 0,0001$) и/или разрыва миокарда ($0,46 \pm 0,15$ отн. ед.; $p < 0,0008$) значительно превышало ОКАЭВ в интактных зонах миокарда этих же больных ($0,30 \pm 0,10$ и $0,26 \pm 0,10$ отн. ед. соответственно). ОКАЭВ в коронарных артериях, снабжающих зоны некроза 24 пациентов, умерших от кардиогенного шока $0,44 \pm 0,18$ отн. ед.; $p < 0,01$) было значимо выше, чем в артериях вне зоны некроза ($0,29 \pm 0,19$ отн. ед.). В ткани миокарда 39 из 41 пациента ИМ, умерших от кардиогенного шока с наличием ЭВ инфекции обнаружен общий антиген капсида ЭВ В VP1 ($0,48 \pm 0,12$ оптич. пл.), что свидетельствовало об активной ЭВ инфекции. Окрашивание на дистрофин не обнаружено в зонах некроза миокарда, в то же время в ряде зон, прилежащих к некрозу, оно было скудным (на один +). Частоты полиморфных генов TNFA, MMP1, MMP3 и TP53 не ассоциировались с наличием ЭВ инфекции.

Выводы. Наши исследования показали, что активная энтеровирусная инфекция принимает участие в патогенезе ишемической болезни сердца посредством очагового нарушения дистрофин-гликопротеинового комплекса, но не ассоциирована с полиморфизмами $-238G>A$, $-308G>A$ гена TNFA, $1G>2G$ гена MMP1, $5A>6A$ MMP3 и $Arg72Pro$ гена TP53.

098 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ НАРОДНОСТИ ХАНТЫ

Попова М. А., Кудряшова В. Е.

ГОУ ВПО «СурГУ ХМАО-Югра», Сургут, Россия

Цель: с учетом ведущих факторов риска для развития кардиоваскулярной патологии (артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС) и их осложнений) у представителей народности ханты разработать метод ее прогнозирования.

Методы исследования. В исследование включено 167 представителей народности ханты Сургутского района ХМАО-Югры: 93 женщины и 74 мужчины в возрасте 18–72 лет; из них 126 – жители родовых угодий, 41 – сельские жители. Проведены опрос для оценки статуса курения и характера потребления алкоголя, измерение артериального давления (АД), определение индекса массы тела (ИМТ), измерение объема талии, определение уровня общего холестерина (ОХС). Вклад метаболических факторов в кардиоваскулярный риск определяли с помощью многофакторного анализа: кластерного анализа методами построения деревьев классификации и К-средних, факторного анализа методом главных компонент. С целью прогнозирования применен пошаговый дискриминантный анализ.

Результаты. По данным многофакторного кластерного анализа выявлены кластеры факторов риска кардиоваскулярной патологии среди ханты, живущих в различных условиях – с традиционным и нетрадиционным укладом жизни. При построении деревьев классификации у сельских ханты выявлены кластеры кардиометаболического профиля: АД $\geq 140/90$ мм рт.ст., ИМТ ≥ 25 кг/м² с абдоминальным ожирением, уровень ОХС > 5 ммоль/л; ИМТ ≥ 25 кг/м² АД $\geq 140/90$ мм рт.ст., чрезмерное потребление алкоголя; чрезмерное потребление алкоголя, никотиновая зависимость; ОХС > 5 ммоль/л, ИМТ ≥ 25 кг/м², никотиновая зависимость. При кластерном анализе у ханты, жителей родовых угодий, выявлены кластеры кардиометаболического профиля: АД $\geq 140/90$ мм рт.ст., чрезмерное потребление алкоголя; ИМТ $18,5$ – $24,9$ кг/м², АД $< 140/90$ мм рт.ст., уровень ОХС < 5 ммоль/л, никотиновая зависимость, чрезмерное потребление алкоголя.

По данным дискриминантного пошагового анализа при прогнозировании сердечно-сосудистых событий у представителей народности ханты определена целесообразность учитывать наряду с возрастом, уровнем холестерина, систолического артериального давления (САД) – количество потребления алкоголя. Высокий и очень высокий сердечно-сосудистый риск, требующий проведения профилактических мер у ханты,

может быть определен по формуле: $d = 0,00067$ (возраст $\times$ ОХС $\times$ САД): для лиц с потреблением алкоголя менее 20–30 г в пересчете на чистый этанол в сутки при $d \geq 24$, I, для лиц, потребляющих алкоголь более 20–30 г в пересчете на чистый этанол в сутки, – при $d \geq 19,6$.

Выводы. При планировании профилактических мероприятий необходимо учитывать высокую степень алкоголизации ханты и особенности кардиометаболического профиля коренных малочисленных народов Севера, ведущих традиционный образ жизни и проживающих в условиях организованных поселений. Коррекция дислипидемии и сердечно-сосудистых заболеваний должна проводиться с использованием не метаболизирующихся в печени препаратов.

099 ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК

Попова М. А., Долгополова Д. А., Веденькина И. В.

ГОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры»; БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», Сургут, Россия

Введение (цели/задачи): оценено распределение различных групп суммарного сердечно-сосудистого риска, определенного по шкале SCORE, среди больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материал и методы. Методом сплошной выборки проведен анализ 175 историй болезни ($n=175$) больных ХОБЛ в возрасте от 35 до 84 лет, по данным которых с учетом пола, возраста, уровня систолического артериального давления, общего холестерина и статуса курения по шкале SCORE (Systemic Coronary Risk Evaluation) был оценен суммарный риск развития сердечно-сосудистых событий.

Результаты. Определение суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE среди 175 больных выявило преобладание пациентов с низким сердечно-сосудистым риском ($n=50$), что составило 28,6% всех обследуемых. Средний сердечно-сосудистый риск выявлен в 22,8% ($n=40$). Высокий сердечно-сосудистый риск выявлен в 26,8% ($n=47$), наименьшее количество пациентов имело очень высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений – 21,8% ($n=38$). В возрасте от 40 до 49 лет у всех больных ($n=18$) наблюдался низкий сердечно-сосудистый риск; в возрасте от 50 до 59 лет преобладали пациенты со средним сердечно-сосудистым риском ($n=20$); среди пациентов свыше 60 лет большинство ($n=28$) имело высокий сердечно-сосудистый риск. Статус курения зарегистрирован в 87,4% ($n=153$). Общий уровень холестерина в крови у 44,5% ($n=78$) находился в пределах 5 ммоль/л и выше. По результатам офисного измерения артериального давления лишь у 21,7% больных ($n=38$) зарегистрировано повышение систолического артериального давления, соответствующее артериальной гипертензии.

Выводы. 1. Наибольшая часть пациентов с ХОБЛ имели низкий сердечно-сосудистый риск, а, как известно, большинство сердечно-сосудистых катастроф, в том числе первичных инсультов, происходит у пациентов с субклиническим атеросклерозом, которые относятся к низкому или промежуточному риску, что следует учитывать при обследовании и лечении данной группы пациентов. 2. Среди привычных факторов сердечно-сосудистого риска лидировали курение, возраст, что необходимо учитывать в программе лечения и профилактики осложнений у данной категории пациентов.

100 АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНЫХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Попова М. А., Долгополова Д. А., Веденькина И. В.

ГОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры»; БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», Сургут, Россия

Введение (цели/задачи) Частой причиной развития кардиоваскулярных осложнений у больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), ассоциированной с патологией сердечно-сосудистой системы, является атеротромбоз, происходящий на фоне атеросклеротического поражения экстра- и интракраниальных артерий. Однако тромбоз имеет место и у пациентов с изолированной ХОБЛ. Таким образом, оценка гемодинамических показателей церебрального кровотока с целью выявления субклинического атеросклероза и определения кардиоваскулярного риска у пациентов с изолированной ХОБЛ является актуальной проблемой современного здравоохранения.

Материал и методы. В группах больных с изолированной ХОБЛ ($n=36$) и ХОБЛ, ассоциированной с ишемической болезнью сердца (ИБС) ($n=15$) было проведено углубленное инструментальное обследование, включающее ультразвуковое исследование и цветное доплеровское картирование брахиоцефальных сосудов (БЦС). Исследование проведено с помощью кардиоваскулярной ультразвуковой системы «Visit 7 Pro» General Electric (USA). Определяли толщину комплекса интима-медиа (КИМ) экстракраниальных сосудов, их атеросклеротические изменения, параметры кровотока.

Результаты. Среднее значение КИМ в области бифуркации общей сонной артерии в двух обследуемых группах достоверно не отличалось и составило $1,21 \pm 0,02$ мм и $1,22 \pm 0,05$ мм у больных изолированной ХОБЛ и ХОБЛ, ассоциированной с ИБС, соответственно. Атеросклеротические изменения БЦС были выявлены у 30,5% ($n=11$) пациентов ХОБЛ и у 87% ($n=13$) больных с сочетанной патологией. При этом, среднее количество атеросклеротических бляшек (АБ) было достоверно выше у пациентов, имеющих ХОБЛ в сочетании с ИБС ($4,07 \pm 0,87$) ($p < 0,05$). Наиболее частой локализацией АБ являлась бифуркация общей сонной артерии. При корреляционном анализе не было выявлено достоверных связей КИМ БЦС со степенью выраженности бронхообструкции ($r = -0,17$). У всех пациентов по данным доплерометрического исследования наблюдался магистральный тип кровотока.

Выводы. 1. Субклинический атеросклероз наблюдается у трети больных изолированной ХОБЛ, что следует учитывать при проведении профилактических мероприятий в отношении кардиоваскулярных катастроф у данной группы пациентов. 2. Больные с ХОБЛ, ассоциированной с ИБС имеют генерализованное атеросклеротическое поражение БЦС с большим количеством АБ. 3. Наиболее частой локализацией АБ является бифуркация общей сонной артерии.

101 «ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ» ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Пырикова Н. В., Осипова И. В.*, Антропова О. Н.*, Комиссарова И. Н.*, Зальцман А. Г.

НУЗ ОКБ на станции Барнаул ОАО «РЖД», Барнаул; *ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России, Барнаул, Россия

Цель: провести мониторинг факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний при осуществлении комплекса профилактических мероприятий на рабочем месте.

Материал и методы: исследование выполнялось среди машинистов и помощников машинистов станции Барнаул (средний возраст $38,2 \pm 4,6$ лет). Проводилась «Школа здоровья на рабочем месте» 2 раза в неделю по 15 минут перед «графиком» локомотивных бригад и индивидуальное консультирование по здоровому образу жизни с использованием наглядного демонстрационного материала, форм интерактивного общения, анкетирования работников. Мониторинг включал анализ модифицируемых факторов риска у машинистов и их помощников в 2006 и 2011 годах.

Результаты: среднее число посещений школы составило $12,7 \pm 7,3$ в год. Отмечается положительная тенденция по снижению распространенности курения и чрезмерного употребления алкоголя: в 2006 году курили 65,0% мужчин, а в 2011 году — 44,6% человек; в 2006 году употребление

спиртных напитков более 30 г этанола в день встречалось в 3,1 раза чаще ($\chi^2=26,2$, $p < 0,01$), чем в 2011 году (65,0 и 20,9% соответственно). Избыточная масса тела и ожирение ($\text{ИМТ} \geq 25 \text{ кг/м}^2$) в 2006 году встречалась у 72,0% работников локомотивных бригад, после проведения профилактических мероприятий — у 61,1% обследованных, т.е. реже в 1,2 раза ($\chi^2=4,3$, $p=0,03$). Такая положительная динамика, по всей видимости, связана с тем, что в 1,5 раза ($\chi^2=7,7$, $p < 0,01$) увеличилось число работников локомотивных бригад, имеющих достаточную физическую активность (50,0 и 33,0% соответственно в 2006 и 2011 годах). При оценке гемодинамических показателей также получены положительные результаты: средняя частота сердечных сокращений в 2006 году составила $77,7 \pm 8,2$ уд в мин и превышала среднюю частоту сердечных сокращений в 2011 году ($75,1 \pm 6,8$ уд в мин) на 2,6 уд в мин ($p < 0,01$). При выполнении стресс-теста «математический счет» для прогнозирования артериальной гипертензии (АГ) на рабочем месте было установлено, что в 2006 году в 1,6 раза чаще ($\chi^2=4,7$; $p=0,02$) встречалась скрытая АГ, по сравнению с данными 2011 года (34,4 и 21,4% соответственно). Кроме этого, на 9,1% ($\chi^2=6,5$; $p=0,01$) уменьшилась распространенность гипертонической болезни: в 2006 году она имела место у 33,1% лиц, в 2011 году — у 24,0% обследованных. За время реализации профилактической программы стали контролировать уровень своего артериального давления 57,8% работников, уровень своего холестерина — 71,1%, и 62,2% мужчин стали регулярно принимать назначенные препараты.

Таким образом, «Школа здоровья на рабочем месте» в организованном коллективе позволяет снизить уровни таких модифицируемых факторов риска, как курение, употребление алкоголя, избыточная масса тела и ожирение, низкая физическая активность. Реализация профилактической программы на рабочем месте приводит к уменьшению распространенности гипертонической болезни, скрытой гипертензии, а также — к повышению комплаентности работников.

102 ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА У МУЖЧИН С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА

Пырикова Н. В., Осипова И. В.*, Антропова О. Н.*, Комиссарова И. Н.*, Зальцман А. Г.

НУЗ ОКБ на станции Барнаул ОАО «РЖД», Барнаул; *ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России, Барнаул, Россия

Цель: выявить взаимосвязь самооценки уровня психосоциального стресса и поведенческих факторов риска у мужчин трудоспособного возраста.

Материал и методы. Обследовано 224 мужчины в возрасте 22–55 лет, по профессии машинисты и помощники машинистов локомотивного депо станции Барнаул. Проводился анализ модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, социально-бытовых условий и профессиональных факторов, использовалась шкала самооценки психосоциального стресса Ридера, сформированы 3 группы: 1-я — 16,1% с высоким уровнем стресса; 2-я — 44,6% со средним уровнем стресса; 3-я — 39,3% работников с низким уровнем стресса.

Результаты: мужчины в 1-й группе были старше на 7,4 лет ($p < 0,01$), во 2-й группе — на 4,2 года ($p < 0,01$), чем мужчины в 3-й группе. Среди обследуемых в 1-й и 2-й группах преобладали машинисты (77,8 и 65,0% соответственно), в 3-й группе было больше помощников машинистов (56,8%). В 1-й группе общий стаж работы был больше на 4,6 года ($p=0,01$) и на 8,7 лет ($p < 0,001$), чем во 2-й и 3-й группах; во 2-й группе стаж был больше, чем в 3-й — на 4,1 года ($p=0,02$). Среди мужчин с высоким уровнем стресса в 8,3 раза преобладали лица с неполным высшим образованием, в отличие от лиц со средним уровнем стресса ($\chi^2=5,0$; $p=0,02$). Среди работников локомотивных бригад с высоким и средним уровнем стресса встречалось больше женатых на 23,7 и 14,8% ($\chi^2=6,3$; $p=0,01$; $\chi^2=4,9$; $p=0,02$), чем среди мужчин с низким уровнем стресса. В 1-й группе индекс массы тела был больше на 2,8 кг/м²

по сравнению с этим показателем во 2-й и 3-й группах ($p=0,01$; $p=0,02$). Недостаточное употребление овощей и фруктов среди обследованных с высоким уровнем стресса было более распространено: в 2,8 раза ($\chi^2=5,3$; $p=0,02$), чем во 2-й группе и в 8,2 раза ($\chi^2=13,7$; $p=0,0002$), чем в 3-й. Машинисты и их помощники независимо от уровня стресса курили с одинаковой частотой (33,3, 49,0 и 40,0% соответственно), причем большее число сигарет выкуривали на рабочем месте, чем в выходной день: в 1-й группе — в 1,8 раза ($p=0,04$), во 2-й — в 1,6 раза ($p=0,002$), в 3-й — в 1,5 раза ($p=0,0007$). В группе с высоким уровнем стресса в 2,7 раза чаще ($\chi^2=5,4$; $p=0,02$) встречались мужчины, которые злоупотребляли алкоголем, чем в группе с низким уровнем стресса. Низкая физическая активность несколько чаще имела место у лиц с высоким уровнем стресса (44,4, 30,0 и 33,0% соответственно). Недостаточный отдых и сон менее 7 часов у лиц с высоким уровнем стресса встречался в 3,1 раза чаще ($\chi^2=5,2$; $p=0,02$), чем у мужчин с низким уровнем стресса.

Таким образом, мужчины с высоким уровнем стресса были старше, имели больший стаж работы, чаще были машинистами, встречалось больше женатых, чаще имели такие поведенческие факторы риска, как недостаточное употребление овощей и фруктов, злоупотребление алкоголем, недостаточный сон и повышенный индекс массы тела, чем их коллеги с низким уровнем стресса. Все работники локомотивных бригад независимо от уровня психосоциального стресса выкуривали за рабочую смену в среднем вдвое больше сигарет, чем в выходной день.

103 ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ В ОТДЕЛЕНИИ ДОЛЕЧИВАНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО САНАТОРИЯ: ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Рязина И. Н., Гришина Л. В., Губина Т. А., Вецлер Е. И., Андреева Т. В., Зеленин С. А., Федосеева Т. П.

ГБОУ ВПО ПГМА им. акад. Е. А. Вагнера, ЗАО «Курорт Усть-Качка», Пермь, Россия

Цель: оценить эффективность вторичной профилактики ИБС на санаторном этапе реабилитации.

Методы. В 2010 г реабилитацию прошли 778 человек: после коронарного шунтирования — 68%, инфаркта миокарда — 33%, нестабильной стенокардии — 3%, операции на клапанах сердца — 2%. В 2011 г. 1127 пациентов находилось на лечении в отделении долечивания.

Оценивали следующие факторы риска заболевания: индекс массы тела (ИМТ), общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеидов высокой и низкой плотности (ХС ЛПВП и ХС ЛПНП), уровень глюкозы крови, курение. Все параметры изучались в динамике, до и после курса реабилитации.

Больные получали диетическое антиатеросклеротическое питание. Медикаментозная терапия включала β -блокаторы, ИАПФ (блокаторы АРА), антиагреганты, статины. Как правило, назначался липтонорм фирмы «Фармстандарт» в дозе 20 мг/сут. Больные после реваскуляризации миокарда получали комбинацию аспирина и клопидогреля. Оптимизирована программа физической реабилитации с исходной оценкой результатов нагрузочного теста, стратификацией риска пациентов и использованием дозированных нагрузок на велотренажере.

Результаты. В процессе реабилитации улучшение состояния отметили 98% пациентов. С 2008 по 2011 гг не наблюдалось летальных исходов. Артериальная гипертензия адекватно корригировалась назначением гипотензивных средств. Избыточная масса тела была выявлена у 42% пациентов. В динамике снижение ИМТ произошло у 26%, тогда как у 14% наблюдалось его увеличение (в случае значительной потери веса в раннем послеоперационном периоде после КШ).

Достоверно снизился уровень ОХС с $4,49 \pm 0,07$ ммоль/л до $3,56 \pm 0,06$ ммоль/л. Целевых значений ОХС достиг у 35% больных. Также произошло значимое снижение уровня ХС ЛПНП: с $2,69 \pm 0,08$ до $1,88 \pm 0,06$ ммоль/л ($p < 0,0001$). Уровень ХС ЛПВП имел тенденцию к повышению в 43% случаев.

Содержание глюкозы крови в среднем составило $4,83 \pm 0,96$ ммоль/л, существенных изменений не претерпело.

Анализ статуса курения показал, что среди больных ИБС курящие составляли 45%. Из них 24% прекратили курение, а 33% уменьшили количество выкуриваемых сигарет (в среднем на 7 сигарет), 43% продолжили курение в прежнем объеме.

Выводы. В последнее время мы достигли определенных успехов в реабилитации больных ИБС, что мы связываем с более полной реваскуляризацией миокарда у наших пациентов, оптимизацией программы физических тренировок и неукоснительным соблюдением стандартов медикаментозной помощи. Однако, серьезной проблемой остается высокий статус курения среди больных ИБС, что требует активизации борьбы с курением. В настоящее время актуально развитие системы амбулаторной реабилитации в нашей стране с применением различных программ физической реабилитации и вторичной профилактики ИБС.

104 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ИБС

Сапунова И. Д., Байчоров И. Х.

ФГБУ ГНИЦ профилактической медицины Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Лечение ИБС сегодня нацелено не только на увеличение продолжительности жизни пациентов, но и повышение качества жизни (КЖ), обусловленного состоянием здоровья, которое является совокупным отражением воздействия болезни и его лечения на состояние больного. Концепция качества жизни составляет основу нового целостного понимания болезни и больного, а также определения эффективности лечения.

Материал и методы: проведено проспективное исследование с целью изучения показателей КЖ, а также взаимосвязи клинических, физических и психосоциальных составляющих совокупного КЖ у больных с различными клиническими формами ИБС в условиях практического здравоохранения при годичном наблюдении в динамике. В работу было включено 3 группы больных со стабильной стенокардией, перенесенным ИМ и СН (по 105 человек в каждой) с документально подтвержденным диагнозом. Исходно и при динамическом наблюдении всем пациентам проводилось ЭКГ, Эхо-КГ, оценка липидного спектра крови и глюкозы крови, а также оценивался психологический статус и КЖ по опросникам SF-36, «Качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями», MLHF и HADS.

Результаты. Средний возраст участников составил $58,10 \pm 9,65$ лет. 71,43% больных — мужчины. Данные КЖ у 315 больных распределились следующим образом: низкое качество жизни (в пределах —7) 42,9% у мужчин и 46,1% среди женщин. Оптимальное качество жизни — у 38,5% мужчин и 41,6% женщин. Очень низкое качество жизни (менее —14) у 56,55% мужчин, среди женщин — 63,80% ($P < 0,012$). Наиболее низкое качество жизни отмечается в женской субпопуляции. Выявлено значительное влияние, как тревоги, так и депрессии на основные показатели качества жизни у женщин, как по исходно низким показателям, так и очень низким. У больных ИБС с исходно низким уровнем КЖ (менее —7) наиболее выражены показатели физического функционирования, у больных с очень низким показателем КЖ — выраженность физического функционирования имеет гендерные особенности за счет превышения показателя у женщин. Вместе с тем, у мужчин отмечается превышение шкалы влияния эмоционального состояния на ролевое функционирование, которая предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая увеличение затрат времени, уменьшение объема выполненной работы, снижение качества ее выполнения и т. п.).

Заключение: приведенные данные указывают на значительные изменения качества жизни у больных ИБС, причиной которых в доминантном плане является психоэмоцио-

нальные, структурно-функциональные и поведенческие факторы риска.

105 ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ ФАКТОРОВ РИСКА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИБС

Сапунова И. Д., Байчоров И. Х.

ФГБУ ГНИЦ профилактической медицины
Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Сегодня установлена универсальная роль ведущих факторов риска в возникновении хронических неинфекционных заболеваний: артериальной гипертензии, курения, избыточной массы тела, недостаточной физической активности, злоупотребления алкоголем. Эффективность борьбы с хорошо известными привычками во многом определяется их психологическими корнями. Знание психологических основ этих факторов риска позволит адекватно разработать тактику и стратегию профилактических мероприятий.

Материалы и методы: проведено проспективное исследование с целью изучения показателей КЖ, а также взаимосвязи клинических, физических и психосоциальных составляющих совокупного КЖ у больных с различными клиническими формами ИБС в условиях практического здравоохранения при годичном наблюдении в динамике. В работу было включено 3 группы больных со стабильной стенокардией, перенесенным ИМ и СН (по 105 человек в каждой) с документально подтвержденным диагнозом. Исходно и при динамическом наблюдении всем пациентам проводилось ЭКГ, Эхо-КГ, оценка липидного спектра крови и глюкозы крови, а также оценивался психологический статус и КЖ по опросникам SF-36, «Качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями», MLHF и HADS.

Результаты. Как показала данная работа, курили практически все мужчины, независимо от показателя качества жизни. Частота курения у женщин более коррелирует с исходно более низким уровнем качества жизни. Та же закономерность просматривается и с употреблением алкоголя. Неблагоприятный эмоциональный фон более характерен для лиц с исходно низким качеством жизни у мужчин и очень низким качеством жизни у женщин. Низкая физическая активность наиболее характерна для женщин с исходно низким уровнем качества жизни. Несоблюдение диеты ассоциируется с показателями качества жизни в основном у женщин (с различным уровнем от исходно низкого, до очень низкого). Рассматривая показатели избыточной МТ и ожирения отмечено, что они ассоциируются с очень низкими показателями качества жизни у женщин ($p < 0,0012$). Наиболее значимые статистические различия ($p < 0,01$) обнаружены при оценке коэффициента атерогенности, имеющего наиболее высокие показатели при очень низком качестве жизни независимо от пола. В тоже время высокие показатели коэффициента характерны и для исходно низкого уровня качества жизни у мужчин. У женщин и мужчин с очень низким качеством жизни отмечено наличие высоких показателей ЛПНП. ЛПВП значительно повышены у женщин с исходно низким качеством жизни; глюкоза — у женщин независимо от показателя качества жизни.

Заключение: приведенные данные указывают на значительные изменения качества жизни у больных ИБС, причиной которых в доминантном плане является психоэмоциональные, структурно-функциональные и поведенческие факторы риска.

106 ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, С ДРУГИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА

Сказин Н. В., Позосова Н. В., Байчоров И. Х., Сухарева Т. Ф.

ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель: оценить связь депрессивных расстройств с другими показателями психологического статуса у больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

Материал и методы. В исследование были включены 209 пациентов, перенесших ИМ. Для выявления депрессий применялся опросник Бека и клиническое интервью. Также проводилось исследование тревожности с помощью опросника Спилбергера, исследование показателей качества жизни и уровня стресса с помощью соответствующих опросников. Было проведено сравнение групп пациентов с депрессиями, имеющих результат по опроснику Бека 20 и более баллов (клинически значимая, среднетяжелая и выраженная депрессия) и соответствующие диагностические критерии по МКБ-10 (группа 1, $N=60$) и пациентов без депрессивной симптоматики (группа 2, $N=81$). Также была выделена «пограничная» группа пациентов с результатами по опроснику Бека от 12 до 19 баллов (группа 3, $N=68$), соответствующими наличию мягкой, субклинической депрессивной симптоматики. Проводимое интервью с применением критериев депрессии по МКБ-10 у пациентов из этой группы, как правило, не позволяло установить у них наличие депрессивного расстройства согласно практике применения этих диагностических критериев.

Результаты. В группе больных без симптомов депрессии усредненный показатель личностной тревожности по Спилбергеру был достоверно ниже, чем в группе пациентов с депрессиями ($39,34 \pm 8,29$ баллов и $54,71 \pm 8,99$ баллов соответственно; $p < 0,001$); этот показатель у представителей третьей группы занимал промежуточное положение ($46,47 \pm 7,65$ баллов), достоверно ($p < 0,001$) отличаясь от обеих других групп. Различия по уровню реактивной тревожности в группе без депрессивной симптоматики относительно группы с депрессиями и пограничной ($36,22 \pm 8,29$ баллов против $50,28 \pm 11,49$ баллов и $42,81 \pm 9,81$ балла соответственно) было также статистически высоко достоверным ($p < 0,001$) между всеми группами.

Уровень психологического стресса в течение года, предшествующего ИМ, был у больных депрессиями достоверно выше, чем в группе пациентов без депрессий ($5,63 \pm 2,01$ и $4,70 \pm 2,46$ баллов соответственно, $p = 0,018$), различия между группами по уровню стресса за неделю не были статистически значимыми. Процент лиц с повышенным (более 5 баллов) уровнем психоэмоционального стресса в течение недели и года оказался максимальным в группе пациентов с депрессиями, ниже — в пограничной группе и самым низким — в группе пациентов без депрессий (отличие не достигло статистической значимости).

Качество жизни больных с депрессиями было существенно хуже. Показатели уровня качества жизни согласно применявшемуся опроснику были также более благоприятными у пациентов в группе без депрессий ($-5,88 \pm 5,00$ баллов) по сравнению с группой с депрессиями ($-7,69 \pm 4,22$ баллов), $p = 0,0253$; и пограничной группой ($-7,49 \pm 4,45$ баллов), $p = 0,042$.

Представители групп с депрессиями и без достоверно не отличались по таким показателям, как наличие руководящих обязанностей, выраженность психоэмоционального напряжения и наличие психотравмирующих ситуаций, неудовлетворенность материальным, служебным положением, условиями труда, семейными и социальными взаимоотношениями. Оценили свою мотивацию к труду как значительную в 5 раз больше пациентов из группы без депрессий, чем из группы с депрессиями, и в 2 раза больше, чем в пограничной ($p < 0,001$).

Выводы. Депрессивные расстройства ассоциируются с худшими показателями психологического обследования у пациентов с ИМ.

107 ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, С ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ

Сказин Н. В., Позосова Н. В., Байчоров И. Х., Сухарева Т. Ф.

ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель: определить влияние депрессивных расстройств на показатели эхокардиографии (ЭХОКГ) у больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

Материал и методы. В исследование были включены 209 пациентов с ИМ в ГКБ № 36 г. Москвы. Для выявления депрессий применялся опросник Бека и клиническое интервью; 192 (92%) пациентам проведено ЭхоКГ. Было проведено сравнение групп пациентов с депрессиями, имеющих результат по опроснику Бека 20 и более баллов (клинически значимая, среднетяжелая и выраженная депрессия) и соответствующие диагностические критерии по МКБ-10 (группа 1, N=60) и пациентов без депрессивной симптоматики (группа 2, N=81). Также была выделена "пограничная" группа пациентов с результатами по опроснику Бека от 12 до 19 баллов (группа 3, N=68), соответствующими наличию мягкой, субклинической депрессивной симптоматики. Проводилось интервью с применением критериев депрессии по МКБ-10 у пациентов из этой группы, как правило, не позволяло установить у них наличие депрессивного расстройства согласно практике применения этих диагностических критериев.

Результаты. При сравнении показателей ЭхоКГ получены следующие данные. Размеры левого предсердия были больше в первой группе (4,2 см), чем во второй (3,8 см), $p<0,001$; и третьей (4,1 см; $p=0,35$). Показатели КДР и КДО были также больше в группе пациентов с депрессиями (5,3 см и 138 мл соответственно), чем в группе пациентов без депрессий (5 см и 122 мл), $p<0,05$; и оказались практически идентичными этим показателям пациентов третьей группы (5,3 см и 137,9 мл соответственно). Показатели КСР и КСО пациентов из группы с депрессиями (4 см и 72,5 мл) также превышали соответствующие показатели пациентов группы с отсутствием депрессивной симптоматики (3,6 см и 56 мл соответственно, $p<0,01$), незначительно и статистически недостоверно отличаясь от соответствующих показателей пациентов из третьей группы (3,9 см и 67 мл). Фракция выброса у пациентов без депрессий составляла, в среднем, 54%, в группе с депрессиями — 48,6% ($p=0,004$), а в третьей группе — 52%. Доля пациентов с МР 2–3 степени в группе пациентов с депрессиями (38,9%) превышала таковую в группе пациентов без депрессий (14,7%), $p=0,0021$; как и доля пациентов с АР (26% и 9% соответственно, $p=0,0134$). Доля пациентов с МР и АР в третьей группе (39,7% и 20,6%) приближалась к соответствующим значениям первой группы. Показатели МЖП, ЗСЛЖ, УО отличались между группами статистически недостоверно. Процент лиц с диастолической дисфункцией ЛЖ второго типа был практически одинаковым в первой и третьей группах и при этом в 3,7 раза больше, чем во второй ($p=0,402$). В целом, показатели ЭхоКГ у пациентов с депрессиями значительно отличались в худшую сторону от соответствующих показателей пациентов без депрессивной симптоматики. Интересно, что показатели ЭхоКГ пациентов с минимально выраженной депрессивной симптоматикой (третья группа) были очень близки к таковым у пациентов с депрессиями, статистически достоверно от них не отличаясь, и, соответственно, продемонстрировали существенное отличие от таковых у пациентов без депрессий.

Выводы: депрессивные расстройства ассоциируются с худшими структурно-функциональными показателями ЭхоКГ у пациентов, перенесших ИМ.

108 ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Соломенчук Т. Н., Семеген-Бодак К. В., Слаба Н. А.

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, Львов, Украина

Цель. Изучить особенности факторов риска (ФР) ишемической болезни сердца (ИБС) у женщин с хронической болезнью почек (ХБП) в зависимости от функционального состояния почек.

Методы исследования. Обследовано 237 женщин (средний возраст $44,55\pm0,83$) с ХБП гломерулярного генеза. В зависимости от функционального состояния почек больные разделены на 2 группы. В I группу вошли 162 пациентки со скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) >30 мл/мин, II группу — 75 женщин с СКФ ≤ 30 мл/мин. Определяли: индекс массы тела (ИМТ), уровень артериального давления (АД), общего холестерина (ОХС), С-реактивного протеина (СРП), фибриногена (ФГ), мочевой кислоты, гемоглобина в плазме крови, СКФ.

Результаты. Повышение уровня ОХС $>4,5$ ммоль/л в крови обнаружено у 67,8% женщин (средний уровень в общей группе — $6,04\pm0,20$ ммоль/л). У женщин II группы он был достоверно ниже ($5,63\pm0,23$ ммоль/л), чем в I ($6,21\pm0,23$ ммоль/л, $p<0,05$). Артериальная гипертензия (АГ) выявлена у 83,1% женщин. Средний уровень систолического АД (САД) в общей группе составил $155,00\pm1,52$ мм рт.ст. В I группе он достоверно превышал такой же показатель во II группе: $157,50\pm1,90$ (I) и $148,73\pm2,41$ (II) мм рт.ст. ($p<0,01$). Диастолическое АД (ДАД) оказалось также повышенным в обеих группах без существенного различия в значениях. У 60,1% женщин общей группы выявлено повышение пульсового АД (ПАД) в среднем до $59,50\pm1,10$ мм рт.ст.: в I группе — до $61,48\pm260,00$ мм рт.ст., во II — до $55,13\pm268,22$ мм рт.ст. ($p<0,01$).

Избыточная масса тела (ИМТ >25 кг/м²) выявлена у 161 больных (67,5%). ИМТ был выше среди женщин I группы: $28,13\pm0,40$ (I) и $25,23\pm0,51$ (II) кг/м².

Повышение среднего уровня СРП (ед.) выявлено у 78,5% женщин общей группы ($10,08\pm0,60$). Его уровень выше во II группе: $8,75\pm1,84$ (I) и $14,7\pm2,80$ (II) ($p<0,05$).

У 71,4% пациенток общей группы диагностирована анемия со средним уровнем гемоглобина $109,00\pm1,35$ г/л, который снижался со снижением СКФ: $116,01\pm1,30$ (I) и $93,42\pm2,41$ (II) г/л ($p<0,001$).

Гиперурикемия отмечалась у 64,4% женщин общей группы (среднее значение — $0,40\pm0,01$ ммоль/л): $0,36\pm0,01$ (I) и $0,50\pm0,03$ (II) ммоль/л ($p<0,001$).

Преимущественно наблюдалось сочетание нескольких ФР: 2 ФР (АГ, ИМТ >25 кг/м²) — у 69,3% лиц, 3 ФР (АГ, ИМТ >25 кг/м² и повышение уровня ПАД) — у 51,5%, 4 ФР (АГ, ИМТ >25 кг/м², повышение уровня ПАД и гиперхолестеринемия) — у 31,7%, 5 ФР (АГ, ИМТ >25 кг/м², повышение уровня ПАД, гиперхолестеринемия, повышение уровня СРП) — у 16,5%.

Выводы. У больных ХБП выявлена высокая распространенность ФР ИБС. Особенно часто наблюдается сочетание нескольких ФР, преимущественно — артериальной гипертензии, повышения уровня ПАД, гиперхолестеринемии и избыточной массы тела. Своевременное выявление и медикаментозная коррекция этих ФР позволит существенно снизить темпы прогрессирования ХБП, улучшить прогноз и избежать развития инвалидизирующих сердечно-сосудистых осложнений.

109 ОЦЕНКА КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У СПОРТСМЕНОВ В ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ К СОРЕВНОВАНИЯМ И ДОСТИЖЕНИЯ ВЫСОКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Таминова И. Ф.

МКУ Врачебно-физкультурный диспансер, Нижневартовск; ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Томск, Россия

Цель. Оценка кардиоваскулярного риска у спортсменов с разной спецификой видов спорта в процессе подготовки к соревнованиям и достижения высоких результатов.

Материал и методы. Обследовано 110 спортсменов (все мужчины, средний возраст $21,9\pm0,5$ года). I группа — лыжные гонки, биатлон ($n=25$), II — борьба ($n=30$), III — пауэрлифтинг ($n=30$), IV — волейбол ($n=25$), имеющих спортивную квали-

фикацию от первого взрослого разряда до мастера спорта международного класса. Методы исследования гемодинамики: электрокардиография (ЭКГ), велоэргометрия (ВЭМ) с оценкой показателей максимального потребления кислорода (МПК), эхокардиография (ЭхоКГ), тетраполярная грудная реография (ТГР).

Результаты. Динамика ЭКГ по периодам подготовки показала, что частота зарегистрированных случаев нарушения ритма сердца у спортсменов I–IV групп в подготовительном периоде составила 20,8%, тогда как в предсоревновательном, отличающемся повышенным объемом и интенсивностью тренировочной работы, 35,4% ($p < 0,05$). У спортсменов с нарушениями ритма сердца отмечено значимое снижение показателей физической работоспособности по данным ВЭМ. При ЭхоКГ диагностирован пролапс митрального клапана I и II степени с регургитацией I степени (гемодинамически незначимый) в 40,9%, ложные хорды в 31,8% случаях. Высокие показатели МПК $64,96 \pm 6,6$ мл/мин/кг свидетельствуют об эффективности работы сердечно-сосудистой системы и уровня физической работоспособности ($PWC170 1463,11 \pm 244,83$ кгм/мин) у спортсменов I группы, тренирующихся на выносливость, в сравнении со спортсменами с ациклическим характером двигательной активности: борьба ($1397,16 \pm 247,30$ кгм/мин; $p < 0,005$ и МПК $44,83 \pm 7,3$ мл/мин/кг; $p < 0,005$), пауэрлифтинг ($1089,73 \pm 206,76$ кгм/мин; $p < 0,005$ и МПК $40,21 \pm 3,9$ мл/мин/кг $p < 0,005$) соответственно. Патологические типы реакции АД на нагрузку (гипертонический, дистонический, гипотонический) наблюдались у 14,5% спортсменов в подготовительном и у 26,4% в предсоревновательном периодах тренировочного процесса, превышения времени восстановления ЧСС после прекращения ВЭМ было зарегистрировано в 17,3% случаев у спортсменов в подготовительном и 25,4% в предсоревновательном периодах ($p < 0,001$), что следует рассматривать в качестве раннего маркера дезадаптации сердечно-сосудистой системы к физическим нагрузкам. По данным ТГР, были выявлены высокие показатели ударного объема крови ($97,68 \pm 4,58$ мл) и низкие значения общего периферического сопротивления ($1077,77 \pm 55,46$ дин/сек/см) у спортсменов с гиперкинетическим типом кровообращения, что указывало на не экономное функционирование сердечно-сосудистой системы.

Выводы. Изучение функционального состояния сердечно-сосудистой системы, в процессе подготовки к соревнованиям могут быть использованы для оценки прогноза кардиоваскулярного риска спортсменов и разработки системы профилактических реабилитационных мероприятий в соответствии со спецификой видов спорта, способствующие полному восстановлению систем адаптации.

110 ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛИЧНОСТНО-АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНОСЯЩИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, С ТЕЧЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЭНДОКРИННЫМ СТАТУСОМ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ МАРКЕРАМИ

Третьякова Н. С., Леонова И. А., Болдуева С. А.

Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Своевременное обнаружение таких характеристик личности, как устойчивость или индивидуальная чувствительность к стрессу, а также врожденных и приобретенных психологических и поведенческих качеств, возможно, будет способствовать выявлению более ранних признаков ишемической болезни сердца (ИБС).

Цель: изучить личностно-адаптационный потенциал у женщин с инфарктом миокарда (ИМ) по сравнению с контрольной группой, взаимосвязь с течением ИМ, эндокринным статусом и воспалительными маркерами.

Методы исследования: проведено тестирование 43 женщин, переносивших ИМ (средний возраст $49 \pm 8,6$ лет) и 38 женщин, не страдающих ИБС (средний возраст $50 \pm 7,7$ лет).

Использовались стандартизированные опросники и тесты: тест «Жизнестойкости», методика «Индекс жизненного стиля» (ИЖС), методика для психологической диагностики копинг-механизмов (Тест Хейма).

Результаты: женщины с ОИМ достоверно чаще, по сравнению, со здоровыми в качестве механизмов психологической защиты (МПЗ) используют «отрицание» ($p < 0,05$) и «замещение» ($p < 0,05$), так же имеется тенденция к более частому использованию «проекции» ($p = 0,07$). При проведении многофакторного анализа не было выявлено корреляции между МПЗ и гормональным статусом, однако была выявлена статистическая достоверная связь выраженности МПЗ «компенсация» с уровнем лимфоцитов ($p = 0,014$) и «реактивное образование» с уровнем моноцитов ($p = 0,03$). Так же выявлена обратная корреляция выраженности атеросклеротического поражения коронарных артерий и степенью выраженности «компенсации» ($r = -0,245$, $p = 0,05$). Выявлено, что МПЗ «вытеснение» имеет тенденцию к корреляции с рецидивирующим течением ИМ ($p = 0,07$), а МПЗ «проекция» с развитием ранней постинфарктной стенокардии ($p = 0,06$). Показана достоверная связь при использовании МПЗ «замещение» и развитием желудочковых нарушений ритма ($p < 0,05$). У женщин контрольной группы по сравнению с женщинами с ИМ не было выявлено достоверно значимых различий в использовании копинг-механизмов и изменения уровня жизнестойкости (уровень жизнестойкости у женщин с ИМ составил $74,64 \pm 16,7$ и $77,71 \pm 12,02$ у женщин контрольной группы). Показано, что жизнестойкость и показатели ее составляющие (вовлеченность, контроль, принятие риска) имеют достоверную либо прямую, либо обратную корреляцию с уровнем половых гормонов.

Выводы: у больных в ситуации витальной угрозы повышена по сравнению со здоровой популяцией интенсивность, напряженность большинства МПЗ, что свидетельствует об актуальности процесса психической адаптации. Выраженность личностно-адаптационного потенциала связана не только с изменением уровня половых гормонов и воспалительными маркерами, но и с осложненным течением ИМ у женщин.

111 ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. ЯКУТСКА

Федорова В. И.¹, Бушкова Э. А.², Климова Т. М.¹, Балтахинова М. Е.¹, Федоров А. И.¹

НИИ здоровья СВФУ¹; Медицинский институт СВФУ², Якутск, Россия

Результаты эпидемиологических исследований, проведенных за последнее десятилетие, свидетельствуют о широкой распространенности артериальной гипертензии (АГ) среди населения Республики Саха (Якутия) и недостаточной эффективности проводимой терапии. Для оценки факторов, влияющих на эффективность лечения АГ, проведено одномоментное исследование среди врачей и пациентов городских поликлиник г. Якутска.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 159 человек (117 женщин и 42 мужчины), обратившихся по поводу АГ в поликлиники г. Якутска (№ 1, 2, 3 и 4). Средний возраст обследованной выборки — $57,2 \pm 11,1$ лет, средний стаж АГ — $19,9 \pm 10,9$ лет. Участники исследования самостоятельно заполняли анкету, содержащую вопросы об отношении к лечению и профилактике АГ.

Результаты. Согласно результатам опроса, соблюдают рекомендации врача 42% пациентов; 54% — соблюдают «частично»; «не соблюдают» — 4%. Принимают антигипертензивные препараты каждый день 55% пациентов с АГ; 41% — только при плохом самочувствии и повышении артериального давления (АД); не принимают препараты для снижения АД — 4% пациентов. Высокая приверженность антигипертензивной

терапии (по опроснику Мориски-Грина) отмечена в 31% случаев. 44% опрошенных назвали «забывчивость» в качестве основного фактора, мешающего следовать рекомендациям врача, при этом на данную причину чаще ссылались мужчины (62% против 38%, $p=0,01$). 49% больных считают, что при беседе с лечащим врачом получили достаточно полную информацию. При этом пациенты полагают, что целью лечения АГ является снижение АД (62% респондентов), улучшение самочувствия (40%), профилактика развития осложнений (38%). Школу для больных АГ посещали только 33% опрошенных. Самостоятельно измеряют уровень АД 79% пациентов с АГ. При выборе конкретного антигипертензивного препарата наибольшее значение для пациентов имеют рекомендации, назначение врача (54,1% опрошенных), стоимость (34,6%) и эффективность лекарственного препарата (29,6%). Комбинированную гипотензивную терапию получают 36% больных, при этом наиболее часто это ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента в сочетании с диуретиком (23% случаев) или с блокатором кальциевых каналов (16%). Среди пациентов, получающих комбинированную антигипертензивную терапию, в 2 раза чаще встречаются лица с высокой приверженностью к лечению, чем среди лиц, получающих монотерапию (66 против 34% лиц соответственно, $p=0,005$).

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о том, что одной из основных проблем эффективного лечения АГ на уровне первичного звена здравоохранения г. Якутска является низкая приверженность пациентов антигипертензивной терапии. Необходимо продолжить работу по информированию населения о мероприятиях по сохранению здоровья, активно вовлекать пациентов с АГ в обучающие программы.

112 ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ И КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИМТ

Цирикова А. В., Рахаева О. В., Сукманова И. А., Леонова Н. В. КГБУЗ Краевая Клиническая Больница, Барнаул, Россия

Введение. До настоящего времени нет единого представления об особенностях механизмов развития атеросклероза у пациентов с различными метаболическими нарушениями обоих полов.

Цель: определить гендерные различия метаболических нарушений у пациентов со стабильной стенокардией нормальной ИМТ и ожирением.

Материалы и методы. Обследовано 93 больных со стабильной стенокардией II–III ф.кл, нормальным индексом массы тела (ИМТ) и ожирением. Пациенты были разделены на 4 группы: первую группу составили 37 мужчин в возрасте 40–80 лет, средний возраст составил (54,6±7,6 лет) с ожирением (ИМТ – 34,2±4,9 кг/м²), во вторую группу вошли 36 мужчин в возрасте от 38 до 73 лет (средний возраст – 62,4±7,2 лет) без ожирения (ИМТ – 23,9±1,3 кг/м²), третью составили 15 женщин в возрасте от 52–74 лет (средний возраст – 60±6,1 лет) с ожирением (ИМТ – 38,1±5,6 кг/м²), в четвертую включено 5 женщин в возрасте 52–72 лет (средний возраст составил 62,4±7,2 лет) без ожирения (ИМТ – 23,4±2,0 кг/м²). Всем больным проводилось исследование углеводного (оценивался уровень гликемии натощак и через 2 часа после приема 75 г глюкозы, гликированного гемоглобина, инсулина, С-пептида, рассчитывался индекс ИР – НОМА-IR, липидного и пуринового обменов. Большинству больных проводилась селективная коронароангиография, а также МСКТ коронарных артерий с контрастированием на аппарате Somatom definition-128.

Результаты. При изучении показателей углеводного обмена в группах мужчин, в зависимости от ИМТ не было выявлено различий, но отмечено достоверное превышение общепринятых норм значений показателя гликированного гемоглобина в группе с ожирением (6,4±0,7%). При исследовании

уровня инсулина и С-пептида, а также по индексу НОМА в группах мужчин достоверных различий не выявлено. Уровни ТГ у мужчин были выше общепринятых норм (в группе с ожирением – 2,2±1,3 ммоль/л; без ожирения 1,8±0,8 ммоль/л), так же отмечена тенденция к снижению ЛПВП в группе с ожирением. В группе мужчин с ожирением отмечено повышение уровня мочевой кислоты выше нормы (432,2±78,1) мкмоль/л. Среди женщин отмечено достоверное превышение общепринятых норм значений показателя гликированного гемоглобина в группе с ожирением (6,229±0,4%). По результатам исследования липидного профиля у женщин уровни ТГ были выше общепринятых норм, в группе с нормальным ИМТ – 1,9±1,0 ммоль/л; кроме того, отмечено повышение уровня ЛПНП относительно референтных значений в обеих группах (3,2 ±0,8 в группе с ожирением и 3,4±0,9 ммоль/л в группе без ожирения) а также тенденция к снижению ЛПВП у женщин с ожирением. В группе мужчин с ожирением у 94,3%, а с нормальным ИМТ у 90,9% выявлены стенозы коронарных артерий более 60%. У женщин с ожирением стенозы коронарных артерий более 60% диагностированы у 83,3%, а в группе без ожирения у всех женщин. Таким образом, в группе мужчин с ожирением более выражены обменные нарушения, а так же процент значимых стенозов КА, у мужчин без ожирения оказался лучше обмен углеводов и жиров при достаточно большой частоте коронарных стенозов. В группе женщин независимо от ИМТ имеются значимые метаболические нарушения и выраженный коронарный атеросклероз.

113 ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Шарлаева Е. А., Соколова Г. Г., Воробьева Е. Н., Казызаева А. С.

ФГБОУ ВПО «Алтайский государственный университет»; ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», Барнаул, Россия

Целью исследования явилось изучение факторов риска развития артериальной гипертензии (АГ) у неорганизованных жителей города Барнаула. Для выявления факторов риска применяли специально разработанную анкету (пол, возраст, образование, курение, употребление алкоголя, двигательная активность, психоэмоциональное напряжение и т.д.) с использованием критериев принятых в эпидемиологических исследованиях.

Средний возраст обследованных – 59,0±1,29 лет. Женщин (72,8%) среди обследованных оказалось в 2,7 раз больше, чем мужчин (27,2%). Средний возраст женщин с диагнозом АГ составил 61,0±1,2 года, тогда как у мужчин этот показатель был равен 52,5±3,2 года.

Распределение числа случаев заболевания по возрастным группам показало, что у мужчин в возрасте 20–29 лет АГ встречалась в 5,2% случаев, в 30–39 лет – в 10,5%, в 40–49 лет – уже в 15,8% случаев. У мужчин 50–59 летнего возраста, этот показатель возрос до 36,8%. У женщин также наблюдалось увеличение числа случаев заболевания АГ с увеличением возраста. Так женщины 30–39 лет, имеющие АГ, составили 1,9%; 40–49 лет – 9,8%, а в возрасте 50–59 лет – 29,4%. Максимальное количество случаев АГ было зафиксировано в группе женщин достигших возраста 60–69 лет (43,1%).

Согласно полученным данным, большинство обследованных (74,3%) в домашних условиях испытывали умеренные эмоциональные нагрузки. В тоже время 50% всех работающих обследованных подвергались значительному психоэмоциональному напряжению в производственных условиях.

Для большинства обследованных (61,4%) характерна низкая двигательная активность. Средний суточный объем движений в виде ходьбы составил 2,0±0,2 км. Дополнительные физические нагрузки (зарядка, плавание или занятия на велотренажере) зарегистрированы только у 30% мужчин и 36% женщин.

Курение отмечено у 10% обследуемых (8,6% – мужчины, 1,4% – женщины). Согласно данным опросника, алкоголь

употребляли 8,6% пациентов (7,2% — мужчин и 1,4% — женщин).

Среди обследованных большинство мужчин и женщин имели высшее образование (61,5%), 24,6% — средне-специальное, среднее образование зафиксировано у 13,8% пациентов. Корреляционный анализ показал, что значительный стресс на работе испытывали именно лица с высшим образованием ($k=0,4$; $p<0,05$).

Таким образом, в результате проведенного исследования среди обследованного неорганизованного городского населения выявлены множественные факторы риска АГ. В возрасте до 50 лет мужчины имеют диагноз АГ чаще, чем женщины, затем это соотношение меняется. Между уровнем образования пациентов и уровнем стресса, который они испытывают в рабочих условиях существует прямая зависимость. Выявлен высокий уровень гиподинамии в обеих половых группах. Полученные данные позволяют дифференцированно рекомендовать профилактические мероприятия.

114 МОДИФИКАЦИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ И ОЦЕНКА ПОБУЖДАЮЩИХ К НЕЙ ФАКТОРОВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Шуленин К. С., Свистов А. С., Бовтюшко П. В., Чумаков А. В., Останин К. С., Омаров Ш. Н.

ФГБОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Высокая распространённость гипертонической болезни (ГБ) и её осложнений связана, в том числе, со слабой пропагандой здорового образа жизни. Модификация образа жизни (МОЖ) позволяет существенно снизить АД и может быть даже более важным и физиологичным лечебным фактором, чем изолированный приём лекарственных средств.

Цель. Изучить частоту МОЖ и оценить характер побуждающих к ней факторов у мужчин среднего возраста, страдающих ГБ.

Материал и методы. Обследовано 202 пациента с ГБ I — III стадии в возрасте от 30 до 60 лет (средний возраст $49,5 \pm 5,4$ лет). Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью методов непараметрической статистики ППП «Statistica 6.0».

Результаты. При ГБ I стадии мероприятия по МОЖ регулярно проводились только в 4%, при II стадии — в 19%, а при III стадии ГБ — в 20,5% случаев. При этом общее количество больных ГБ, у которых МОЖ не проводилась вообще, достигало 84,2%. Наиболее высокая частота регулярного выполнения МОЖ вне зависимости от стадии заболевания наблюдалась у больных ГБ с нарушенной толерантностью к глюкозе, сахарным диабетом 2 типа и перенесших инфаркт миокарда.

Заключение. Таким образом, у мужчин трудоспособного возраста, страдающих ГБ, отмечается крайне низкая эффективность мероприятий по МОЖ с тенденцией к повышению по мере прогрессирования заболевания. Наиболее значимыми побуждающими факторами, достоверно повышающими частоту МОЖ, являются нарушения углеводного обмена и перенесённый ранее инфаркт миокарда.

115 АППАРАТНО-ПРОГРАММНЫЙ КОМПЛЕКС ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗЕРВОВ ОРГАНИЗМА И ВЫЯВЛЕНИЯ ЛИЦ ИЗ ГРУПП РИСКА РАЗВИТИЯ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Яковлев М. Ю., Лебедева О. Д.

ФГБУ «РНЦ МРНК Минздравсоцразвития России», Москва, Россия

Одной из важнейших задач в сфере профилактической медицины является разработка технологий оценки функци-

ональных резервов организма и алгоритмов выявления лиц из групп риска развития распространённых заболеваний. По данным ВОЗ, неинфекционные заболевания являются причиной 60% смертей во всем мире. Вместе с тем по-прежнему актуальным остается задача ранней диагностики этих заболеваний и выявления лиц групп риска их развития, а также оценка уровня соматического здоровья. Существенная роль в этом отношении отводится применению диагностических комплексов оценки соматического здоровья и функциональных резервов организма. Однако, нельзя не отметить их ограниченные возможности в оценке функциональных резервов, ввиду небольшого количества соответствующих тестов и алгоритмов количественной оценки резервных возможностей организма, также как и выраженности факторов риска развития распространённых соматических заболеваний.

В связи с этим нами был разработан опытный образец аппаратно — программного комплекса, в структуру которого вошли следующие методики:

1. Анкетирование по выраженности жалоб (по авторской методике).
2. Измерение антропометрических данных и показателей функциональных систем (рост, вес, индекс Кетле, показатели гибкости позвоночника и динамометрии кистей рук, жизненная емкость легких).
3. Анкетирование по наличию вредных привычек и неблагоприятных условий жизни (авторская методика).
4. Измерение частоты сердечных сокращений и артериального давления.
5. Тест на переносимость физической нагрузки (проба Мартине).
6. Исследование вариабельности сердечного ритма.
7. Оценка уровня глюкозы и холестерина в плазме крови методом экспресс-диагностики.
8. Психологическое исследование:
 - Тест «САН»;
 - Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина;
 - Цветовой тест Люшера.
9. Психофизиологическое исследование:
 - Простая сенсомоторная реакция;
 - Реакция на движущийся объект.

Помимо количественной оценки уровня функциональных резервов и рисков развития распространённых заболеваний, комплекс предусматривает возможность дополнения основного модуля блоками уточняющего обследования (дополнительной диагностики) и построение индивидуальных оздоровительных программ по коррекции системных функциональных резервов и снижению рисков развития заболеваний, в соответствии с результатами диагностических исследований.

В результате апробации доказана высокая информативность и валидность методик, входящих в состав аппаратно-программного комплекса, о чем свидетельствуют высокие степени корреляции между интегральным показателем функционального состояния резервов сердечно — сосудистой системы и значениями адаптационного потенциала и кардиореспираторного индекса ($r = 0,875$, $p < 0,01$ и $r = 0,853$, $p < 0,01$, соответственно).

Кроме того, комплекс показал высокую информативность в оценке рисков развития распространённых заболеваний, а также в определении предикторов эффективности применения индивидуальных оздоровительных программ.

116 ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Яковлева Е. В., Сергеева В. А., Александрова Н. Л., Щербакова Т. А.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

Целью работы являлась оценка факторов риска (ФР) у мужчин молодого возраста с артериальной гипертензией (АГ).

Проведено обследование 93 мужчин, госпитализированных в Областную клиническую больницу в связи с наличием АГ. Средний возраст пациентов составил $20,5 \pm 2,3$ лет. При поступлении проводилось анкетирование больных для выявления ФР. Объем лабораторных и инструментальных исследований соответствовал стандарту при АГ. В ходе обследования у 33% пациентов диагностирована АГ I стадии, у 67% пациентов — нейроциркуляторная дистония.

Результаты исследования показали, что ФР имелись у большинства мужчин молодого возраста с АГ (89% обследованных). Наличие одного ФР установлено в 40% случаев, сочетание двух ФР — в 31% случаев, сочетание трех ФР — в 16% случаев, сочетание четырех или пяти ФР — в 2% случаев. Среди ФР наиболее часто встречался семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний. Наличие данного ФР выявлено в 73% случаев. Отягощенная наследственность по материнской линии отмечалась чаще (52,7%), чем по отцовской линии (20,3%). В 8,6% случаев наследственность была отягощенной по обоим линиям. Среди поведенческих ФР преобладало курение, распространенность которого составила 62,7%. Курящих пациентов оказалось больше среди сельских жителей, чем городских (69% и 51,5% соответственно). В то же время более высокая интенсивность курения

отмечена у городских пациентов. Так, по половине пачки сигарет и более ежедневно выкуривали 82% проживающих в городе и 69% пациентов, проживающих в селе. Наибольшее количество городских пациентов начинали курить в возрасте 14–15 лет, большинство сельских пациентов — в возрасте 16 лет. Абдоминальное ожирение выявлено у одного пациента. При оценке индекса массы тела отмечено наличие избыточного веса у каждого пятого больного (21,5%), в 2% случаев диагностировано ожирение 1-й степени. Средний показатель глюкозы крови в группе обследуемых лиц составил $4,97 \pm 0,81$ ммоль/л. У 21 пациента (22,5% случаев) содержание глюкозы в крови составляло от 5,6 ммоль/л до 6,5 ммоль/л, что согласно национальными рекомендациями расценивалось как ФР. Средний показатель общего холестерина крови составил $4,54 \pm 0,77$ ммоль/л, средний показатель триглицеридов крови — $1,09 \pm 0,46$ ммоль/л. При дополнительном анализе установлено, что в 28% случаев содержание общего холестерина крови превышало 5,0 ммоль/л, в 4,3% случаев содержание триглицеридов крови превышало 1,7 ммоль/л.

Результаты исследования демонстрируют высокую распространенность факторов риска у мужчин молодого возраста с АГ. Очевидна необходимость разработки и внедрения контролируемых профилактических программ, включающих активную пропаганду здорового образа жизни, повышение уровня медицинской информированности населения и формирование у граждан ответственного отношения к своему здоровью.

IV. ПРОФИЛАКТИКА МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ

117 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО И ЦЕНТРАЛЬНОГО АОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Аксенова Т. А., Горбунов В. В., Пархоменко Ю. В.

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия», Чита, Россия

При гипертонической болезни (ГБ) наибольшее прогностическое значение имеет артериальное давление (АД) в восходящей и центральной частях аорты или центральное аортальное давление, поскольку оно отражает процессы ремоделирования крупных артерий и является предиктором сердечно-сосудистого риска.

Цель нашего исследования: сравнить показатели периферического и центрального аортального давления и их профили у больных ГБ в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) при суточном мониторингировании.

Материал и методы. Нами обследовано 58 пациентов с гипертонической болезнью, у 27 из них было сочетание ГБ и ХОБЛ (1 группа), 31 человек имел изолированную ГБ (2 группа). Данные группы не различались по возрасту и полу, средний возраст составил $54,0 [49,0; 61,0]$ года. Всем обследованным проведено суточное мониторингирование на аппарате BPLab v3.2, позволяющем анализировать показатели не только периферического, но и центрального аортального давления посредством математической обработки записей осциллограмм АД.

Результаты: показатели периферического АД в группе с коморбидной патологией были повышены, в сравнении с изолированной ГБ. Наибольшее повышение зарегистрировано в дневные часы: отмечено повышение среднего систолического АД (САД), среднего диастолического АД (ДАД), индексов времени САД и ДАД. Среднесуточные цифры САД и ДАД при сочетании ГБ и ХОБЛ также были выше, по срав-

нению с изолированной ГБ. Подобная тенденция сохранялась и при анализе показателей центрального давления. Среднедневное и среднесуточное САД и ДАД в аорте у пациентов 1 группы превышало аналогичные показатели больных 2 группы.

Исследование периферического АД показало, что у пациентов с сочетанной патологией чаще встречался тип нондиппер, с изолированной — тип диппер. У пациентов с изолированной ГБ при анализе степени ночного снижения САД и ДАД в аорте частота встречаемости типа диппер уменьшилась, типов нондиппер и найтпикер увеличились, тип овердиппер встречался примерно с прежней частотой. При ГБ коморбидной с ХОБЛ тип нондиппер при мониторингировании центрального аортального АД выявлен более чем у половины пациентов, частота встречаемости нормального суточного профиля уменьшилась.

Выводы:

1. При сочетании гипертонической болезни и ХОБЛ выявлено повышение дневных и среднесуточных показателей САД и ДАД при мониторингировании как периферического, так и центрального аортального давления.

2. Суточное мониторингирование центрального аортального давления позволяет с большей частотой выявлять патологические профили по сравнению с исследованием периферического АД.

118 ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ТИПОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ У ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ

Акулова О. А., Лунькова Ю. В.

ГБУ «Курганский областной кардиологический диспансер», Курган, Россия

Актуальность. В ряде исследований было обнаружено, что депрессия и тревога являются отрицательными предикторами сердечных событий после инфаркта миокарда (ИМ). Больные

с отрицательными моделями их болезни имеют меньше шансов вернуться к работе и более низкий уровень функционирования, независимо от тяжести ИМ. Появляется все больше доказательств того, что депрессивные, ипохондрические, тревожные психологические типы личностных реакций на болезнь являются независимым фактором риска ранней смертности. Поэтому изучение психологического статуса пациента позволяет найти один из рычагов управления приверженностью к лечению и повышения качества вторичной профилактики постинфарктных больных.

Цель. Определить особенности типов психологических реакций у больных после ИМ в городской и сельской группах.

Методы исследования. Было обследовано 112 мужчин, после первичного достоверного ИМ, сельских жителей- 44 (39%), городских-68 (61%), средний возраст- 50,6±6,2 лет. Тестирование проводилось через 1 месяц после ИМ с помощью личностного опросника Бехтеревского института (ЛОБИ), обработка- на базе компьютерной программы ЛОБИ, статистический анализ произведен с применением критерия хи-квадрат (2).

Результаты. С помощью теста ЛОБИ были диагностированы следующие психотипы постинфарктных больных в городской и сельской группах соответственно: гармоничный тип- 34% и 46%; неврастенический-3% и 9%; паранойальный- 12% и 18%; эргопатический- 9% и 9%; несформированный – 16% и 9%. Среди сельских жителей не встречались, но были отмечены в городской группе следующие типы реакций: сенситивный-14%, тревожный-6%, ипохондрический-3%, эйфорический-3%. В сельской группе в 9% случаев диагностирована обсессивно-фобическая реакция, которая не встречалась в городской группе. Различия в психологических реакциях между сельскими и городскими пациентами не случайны ($\chi^2 = 37,93$, при $p < 0,0001$) и, вероятно, могут влиять на результативность реабилитационных мероприятий в постинфарктном периоде у разных групп населения.

Выводы. Выявленные различия в психотипах между городскими и сельскими постинфарктными пациентами диктуют необходимость в своевременной диагностике психологических реакций, с выделением групп риска, нуждающихся в эмоциональной коррекции. Медикаментозная и психотерапевтическая коррекция психологического статуса пациента, учитывающая популяционную принадлежность диспансерной группы, позволит повысить эффективность реабилитационных мероприятий у постинфарктных больных.

119 ДИНАМИКА РАННИХ МАРКЕРОВ АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ЛИПРИМАРОМ

Антонова Н. С.¹, Зелендинова А. Р.², Савельева И. А.¹, Смакотина С. А.³

ГБУЗ Кемеровская областная клиническая больница¹; ГБОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия²; НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СОРАМН³, Кемерово, Россия

Острые сердечно-сосудистые катастрофы, связанные с ранним атеросклеротическим поражением сосудистой стенки, у больных ревматоидным артритом (РА) встречаются в 2–3 раза чаще, чем в популяции. Известно, что одну из главных ролей в прогрессировании атеросклероза играет воспалительный процесс. Доказано, что статины, кроме основной липидоснижающей функции, обладают противовоспалительными, ангиопротективными и иммуномодулирующими свойствами, независимо от их гиполипидемического действия. Привлекает их способность оказывать вазодилатирующее и антифиброзное действие, что имеет немаловажное значение в комплексном лечении ревматологических больных.

Цель работы — изучить влияние оригинального препарата аторвастатина — липримара — на состояние сосудистой эндотелия и толщину интима-медиа общей сонной артерии (ТИМ ОСА).

Материал и методы. В исследование включены 31 пациентка с установленным на основании критериев ACR (1987)

диагнозом РА в возрасте от 27 до 64 лет (средний возраст — 50,3±10,7 лет). Все пациентки совместно с болезнью-стабилизирующей терапией получали оригинальный препарат липримар в дозе 40 мг/сут в течение 3 месяцев. Перед его назначением и в последний день приема проводилось ультразвуковое ангиосканирование на УЗ-сканере высокого разрешения VIVIDe (GE MS) линейным датчиком с частотой генерации ультразвука 6,0–12,0 МГц (предпочтительная частота — 7,0 МГц). Исследовали экстракраниальные артерии с измерением ТИМ ОСА по ее задней стенке на 1,0 см проксимальнее синуса и эндотелиальную функцию (ЭФ) плечевой артерии (ПА) путем проведения пробы реактивной гиперемии (поток-независимая вазодилатация — ПЗВД) и пробы с нитроглицерином (поток-независимая вазодилатация — ПНВД). Признаками поражения сосудистой стенки считали ТИМ ОСА 1,0 мм и более, нарушением ПЗВД ПА — увеличение ее диаметра менее 10% от исходного через 1 минуту после декомпрессии манжеты, нарушением ПНВД — увеличение диаметра ПА менее 19% от исходного через 3–5 мин после сублингвального приема 0,5 мг нитроглицерина (НГ). Статистическая обработка данных проведена с помощью пакета прикладных программ STATYSTIKA 7.

Результаты. Исходно ТИМ ОСА 1,0 мм и более с одной или обеих сторон (в среднем — 1,05±0,12 мм) выявлена у 15 (48%) обследованных. Нарушение ПЗВД ПА обнаружено у 15 (48%) пациенток, у большинства (10 человек) в сочетании с ТИМ ОСА 1,0 и более мм, а ПНВД ПА — у 18 (58%) пациенток. При этом 8 из 18 пациенток с недостаточной дилатацией ПА после приема НГ не имели признаков атеросклеротического поражения сосудистой стенки (ТИМ ОСА < 1,0 мм, в среднем — 0,78±0,09 мм).

После 3-месячной терапии липримаром среднее значение исходно увеличенной ($\geq 1,0$ мм) ТИМ ОСА (15 пациенток — 48%) уменьшилось на 0,05±0,09 мм, в то время, как исходно нормальной ТИМ (16 пациенток — 52%) достоверно не изменилось — 0,0±0,09 мм ($t=0,0075$). ЭФ улучшилась параллельно с уменьшением среднего значения ТИМ ОСА, сохраняясь нарушенной по ПЗВД и/или ПНВД у 8 (26%) пациенток.

Таким образом, даже короткий (3 месяца) период приема статинов в сочетании с базисной терапией у больных РА способствует стабилизации состояния сосудистой стенки, накоплению оксида азота, что способствует снижению периферического сосудистого сопротивления. В нашем случае большинством пациенток (18–58%) было отмечено улучшение самочувствия в виде уменьшения головных болей, головокружения, что может косвенно свидетельствовать о стабилизации церебральной гемодинамики.

120 ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Аскаров А. Р., Нелаев В. С., Шалаев С. В.

ГБУЗ ТО Областная клиническая больница № 1, Тюмень, Россия

Цель: изучить эффективность гиполипидемической и антигипертензивной терапии у больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (ОААНК) в течение годового проспективного наблюдения.

Материал и методы. В исследование включены 75 мужчин, больных ОААНК, в возрасте от 43 до 70 лет (ср. возраст 57±7,0 лет). Среди больных ОААНК преобладала 2 стадия (65,0%), реже — более тяжелые стадии (3 и 4 ст. — 21,0% vs. 14,0% соответственно). Табакокурение встречалось у 80,0% больных ОААНК. Для установления диагноза ОААНК, ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ) применялись клинические, лабораторные, функциональные и инструментальные методы исследования.

Результаты. Обнаружена высокая частота ИБС (82,0%) и АГ (88,0%) у больных ОААНК. Все больные ОААНК получали антиагрегантную терапию (ацетилсалициловая кислота). Среди больных ОААНК, страдающих АГ, на фоне антигипертензивной терапии у большинства (~80%) отмечалось достижение целевого уровня артериального давления (АД; <140/90 мм рт.ст.). Гипотензивная терапия включала: бета-1-адреноблокаторы (57,0%), ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (55,0%), диуретики (26,0%), антагонисты кальция (17,0%) и сартаны (9,0%). Выявлено достоверное снижение частоты сердечных сокращений (ЧСС) у больных всех стадий ОААНК (начало/конец исследования): при 4-й ст. — $80 \pm 9,3$ vs. $69 \pm 7,4$ ($p=0,015$), при 3-й ст. — $79 \pm 8,3$ vs. $72 \pm 3,1$ ($p=0,027$), при 2-й ст. — $77 \pm 9,8$ vs. $67 \pm 5,4$ ($p=0,047$). Однако лишь у половины больных была достигнута ЧСС <70 уд./мин. (ЧСС >70 уд./мин. — фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний). Регулярно гиполипидемическую терапию (статины) в начале исследования получали лишь 10,0% больных ОААНК, в конце наблюдения — уже 60,0% больных. На фоне липидснижающей терапии почти в 2 раза уменьшилась частота дислипидемии (индекс атерогенности < 4) (68,0% vs. 38,0%).

Выводы. У больных ОААНК доверительные партнерские отношения между врачом и пациентом повышают эффективность медикаментозной коррекции сердечно-сосудистых факторов риска (нормализации АД, ЧСС <70 уд./мин., липидного спектра крови).

121 ДИНАМИКА ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ОЖИРЕНИЕМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОРЛИСТАТОМ И ЕГО КОМБИНАЦИИ С ИНГИБИТОРАМИ АПФ

Аушева А. К., Погосова Н. В.

ФГУ «ГНИЦПМ» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель: изучить влияние орлистата и его комбинации с ингибитором АПФ на липидный обмен у лиц молодого возраста с ожирением и артериальной гипертензией (АГ).

Методы: оценивались антропометрические показатели, определение липидного спектра, суточное мониторирование артериального давления (СМАД) 60 пациентам (28 мужчин и 32 женщины), в возрасте от 18 до 40 лет (средний возраст $32,15 \pm 6,0$) с ожирением (ИМТ > 30), дислипидемией и артериальной гипертензией I и II ст. Все пациенты были разделены на две сопоставимые группы. I группа ($n=30$) получали орлистат 120 мг 3 раза в день, II группа ($n=30$) принимали орлистат в стандартной дозировке с эналаприлом 10–20 мг в сутки, на фоне умеренной гипокалорийной диеты.

В ходе наблюдения все пациенты исходно и через 3 месяца лечения проходили клинико-лабораторное и инструментальное исследование

Результаты: после 3-х месячного лечения отмечалось достоверное уменьшение веса (с $102,2 \pm 2,9$ кг до $96,1 \pm 2,7$ кг) и ИМТ (исходно $33,8 \pm 0,7$, через 3 месяца $31,5 \pm 0,6$) как в I группе, так и во II группе (исходно масса тела составляла $106,1 \pm 2,6$ кг, через 3 месяца $97 \pm 2,8$ кг) и ИМТ (исходно $35,3 \pm 3,7$, на фоне комбинированной терапии через 3 месяца $32,5 \pm 0,7$). Отмечалось достоверное уменьшение окружности талии как среди женщин, так и среди мужчин ($p < 0,001$). На фоне терапии наблюдалось снижение общего холестерина (ОХ) в первой группе от 6,1 до 5,5 ммоль/л, триглицеридов от 1,9 до 1,4 ммоль/л, ХС ЛНП от 3,9 до 3,0 ммоль/л и индекса атерогенности от 4,5 до 3,4 ммоль/л ($p < 0,001$). Во второй группе также получены достоверно улучшенные показатели ОХ от 6,0 до 5,2 ммоль/л ($p < 0,001$), ТГ от 2,4 до 1,4 ($p < 0,01$), ХС ЛНП от 3,7 до 3,1 и ИА 4,5 до 2,9 ($p < 0,001$). При СМАД отмечено достоверное снижение САД и ДАД в дневные и ночные часы у пациентов в каждой группе, при незначительном изменении СНССАД и СНСДАД.

На фоне снижения массы тела во второй группе имела место более выраженная динамика снижения показателей ОХС, ТГ, ИА, что свидетельствует о синергичном влиянии орлистата и ингибиторов АПФ на липидный спектр плазмы крови.

Выводы: лечение орлистатом на фоне гипокалорийной диеты при монотерапии и в сочетании с ингибиторами АПФ приводит к снижению массы тела. Комбинация орлистата с эналаприлом сопровождается более интенсивной положительной динамикой липидов плазмы крови, с их нормализацией. При СМАД отмечено достоверное снижение САД и ДАД в дневные и ночные часы у пациентов в каждой группе. При этом, снижение суточной ВарАД — СНССАД и СНСДАД было более выражено у больных, получавших комбинированную терапию орлистата с эналаприлом.

122 ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ — МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Вершинина А. М., Гапон Л. И., Молотилова С. А., Реут Ю. С., Бусарова Е. С., Попова С. Н., Плюшин А. В.

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

Цель. Изучить роль комбинированной терапии в профилактике поражения органов — мишеней по влиянию на ремоделирование миокарда ЛЖ, сосудистое ремоделирование, нефропротекторное воздействие у больных артериальной гипертензией (АГ) на фоне метаболического синдрома (МС) по данным проспективного наблюдения (12 месяцев).

Материал и методы. Исследование выполнено у 60 пациентов АГ, имеющих критерии МС. Показатели оценивались в условиях «чистого фона» и через 12 месяцев лечения фозиноприлом (20 мг/с) в комбинации с гидрохлортиазидом (ГХТЗ) в дозе 12,5 мг/с. Всем пациентам проводилось измерение офисного АД, СМАД по стандартной методике на аппарате АВРМ 02–04 фирмы Meditech (Венгрия). Изучение центральной гемодинамики проводилось на эхокардиографе ALOKA Echo-CAMERA SSD — 650. Исследование ТИМ проводилось на аппарате GE «Vivid 4». Определение уровня МАУ в суточной моче проводилось иммунотурбидиметрическим методом.

Результаты. Фозиноприл в сочетании с ГХТЗ приводил к достоверному снижению офисного САД со $155,08 \pm 1,62$ до $127,83 \pm 1,20$ мм рт.ст. и ДАД с $98,25 \pm 1,13$ до $80,25 \pm 0,85$ мм рт.ст. до 6-го месяца терапии включительно ($p < 0,01$). Через 12 месяцев применения комбинированной терапии при сопоставлении исходных и контрольных значений офисного АД был получен достоверный гипотензивный эффект ($p < 0,001$). По данным СМАД, фозиноприл + ГХТЗ в течение 12 месяцев достоверно снижал среднесуточное САД со $145,34 \pm 1,38$ до $128,92 \pm 1,88$ мм рт.ст. ($p < 0,001$) и среднесуточное ДАД с $86,09 \pm 1,13$ до $76,58 \pm 1,17$ мм рт.ст. ($p < 0,001$), достигая целевого уровня АД. На фоне 12 месяцев терапии фозиноприлом в сочетании с ГХТЗ отмечено достоверное ($p=0,042$) увеличение количества лиц с нормальным суточным профилем САД и ДАД. У пациентов АГ после 12 месяцев терапии фозиноприлом + ГХТЗ, отмечено достоверное уменьшение ММЛЖ и ИММЛЖ ($p=0,009$), КСР ($p < 0,001$) и КДР ЛЖ ($p=0,049$). На фоне 12 месяцев терапии фозиноприлом + ГХТЗ возросло число лиц с нормальной геометрией ЛЖ, уменьшилось количество больных с концентрической и эксцентрической гипертрофией ЛЖ. Отмечено уменьшение ТИМ ($p < 0,05$) через 12 месяцев терапии. Динамическое исследование МАУ показало достоверное снижение экскреции с $21,32 \pm 1,19$ до $11,07 \pm 0,81$ мг/с ($p < 0,01$) на фоне данной терапии.

Заключение. Применение комбинированной гипотен-

живной терапии (ИАПФ фозиноприл + ГХТЗ) оказывает не только устойчивое гипотензивное воздействие, но и обеспечивает отчетливый органопротективный эффект относительно процессов ремоделирования миокарда ЛЖ, сосудистого ремоделирования, нефропротекторного влияния у больных АГ при МС, что определяет целесообразность длительного применения данной терапии на ранних стадиях АГ с целью профилактики поражения органов — мишеней.

123 РОЛЬ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В ДИАГНОСТИКЕ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ УМЕРЕННЫХ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, ИСХОДНО-И НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ НЕБИЛЕТ (НЕБИВОЛОЛ)

Гиоргадзе М. Л., Арзамасцева Г. И., Масловская Е. В., Токарева Н. А.

АУЗ ВО «Воронежский областной клинический консультативно-диагностический центр», Воронеж, Россия

Цель. Своевременное выявление и устранение умеренных когнитивных расстройств (УКР), вероятно, могло бы предупреждать многие случаи сосудистой деменции. Предпринята попытка диагностировать в условиях реальной клинической практики дисфункцию эндотелия (ДЭ) с помощью комплекса из двух общепринятых методов у пациентов с УКР, а также оценить влияние модулятора NO небилета на ДЭ и УКР.

Материал и методы. В исследование были включены 30 пациентов ЦВБ и АГ I–II степени со сходными клиническими характеристиками и признаками УКР, которые были рандомизированы в основную и контрольную группы по 15 пациентов в каждой. С целью достижения нормотензии пациентов лечили гипотензивными 4–8 недель: в основной группе — Небилетом 7.5–10 мг в сутки и, при необходимости, гидрохлортиазидом 12.5 мг. В группе контроля были использованы другие гипотензивные препараты, а после достижения целевого АД добавлялся Кортексин. В обеих группах назначались статины и дезагреганты. Исходно и через 6 месяцев в обеих группах оценивали эндотелийзависимую вазодилатацию плечевой артерии, %-ное содержание в крови фактора фон Виллебранда (ФВБ), когнитивную функцию с использованием скрининговой краткой шкалы исследования психического статуса — Mini-Mental State Examination. Обработку результатов исследования проводили с использованием пакета компьютерных программ Excel7,0 и SPSS 11, предусматривающих возможность параметрического и непараметрического анализа. Различия считались достоверными при $p < 0,05$. Прирост диаметра плечевой артерии на фоне реактивной гиперемии на 2-й мин и спустя 10 мин измеряли с помощью ультразвука высокого разрешения на аппарате Aloka-5500. Нормальным при пробе с реактивной гиперемией считалось увеличение диаметра артерии на 10% и более.

Результаты. Спустя 6 месяцев у всех пациентов обеих групп с исходно нарушенной реакцией плечевой артерии на манжеточную пробу наблюдалось увеличение ее диаметра более чем на 10%, что говорит о восстановлении сосудодвигательной функции эндотелия. В то же время, если исходно средний уровень ФВБ в основной группе оказался на 4,8% выше, чем в группе сравнения, то через 6 мес. терапии у больных основной группы уровень ФВБ снизился на 25,2% ($p < 0,01$), в то время как в группе контроля этот показатель снизился на 13,2%. По данным MMSE уровень когнитивных нарушений в обеих группах через 6 месяцев снизился (диапазон баллов 30–24).

Выводы. Комплексный диагностический подход позволяет считать полученные результаты доказательством клинической эффективности небилета, улучшающего функциональное состояние эндотелия у пациентов с УКР.

124 ПИТАНИЕ В КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ

Еггян Р. А.

ФГБУ Государственный центр профилактической медицины Минздравсоцразвития, Москва, Россия

Питание является мощным фактором риска воздействия на организм. Оно действует постоянно, на протяжении всей жизни человека, уступая по степени воздействия лишь воздуху и воде. И, если здоровье человека наполовину зависит от его поведения, по 20% от окружающей природы, наследственности и только на 10% от системы здравоохранения, то среди поведенческих ФР важную роль играет несбалансированное питание. Оно вызывает развитие целого каскада биологических алиментарно-зависимых ФР, реализуемых в конечном счете в развитии различных ХНИЗ и не только кардиоваскулярных, но и метаболических и даже онкологических.

Если несбалансированность питания является ФР сердечно-сосудистых заболеваний, то Здоровое сбалансированное питание лежит в основе их профилактики и лечения. По рекомендациям ВОЗ (2003) и рекомендациям экспертов Национальной образовательной программы по ХС в США (US NCEP 2002) жиров в рационе должно быть 30%, при этом в равном соотношении насыщенных, моно- и полиненасыщенных. Нужно научиться переводить % в граммы и, в конечном счете, в продукты. Вторая ступень низкожировой диеты предполагает более резкое ограничение жира до 20% и ХС до 200 мг в день. Рыбий жир (3–6 г в день) содержит -3 ПНЖК — мембранотропы. Они действуют на качество оболочки любой клетки, ее рецепторную и ферментативную функцию. Они действуют на синтез противовоспалительных простагландинов, фибриногена и аполипопротеинов, гормонов. Таким образом, обладают гиполипемическим, противовоспалительным, антиаритмогенным, тромболитическими свойствами.

При высоком уровне ТГ нужно ограничивать простые сахара (до 7%). При высоком уровне АД ограничивается поваренная соль (до 5 г). Есть три пути ограничения сахара и поваренной соли: в продуктах, при готовке и в «чистом виде» за столом.

За последние годы проводятся много рандомизированных исследований, где с позиции доказательной медицины проводят сравнительный анализ низкожировой и средиземноморской диеты. Так в Марселе на 212 добровольцах со средним кардиоваскулярным риском через 3 месяца первичной профилактики на основе средиземноморской диеты получили снижение кардиоваскулярного риска (сбора) на 15%, против 9% на STEP1. В Индии сравнивали у 242 пациентов с ИМ средиземноморскую и STEP2 низкожировой. Снижение риска ИМ и МИ было 2 раза больше на средиземноморской, чем при STEP2. В Лионе критская средиземноморская диета снизила смертность от ССЗ на 60% за 4 года. Дело в том, что Средиземноморская диета содержит меньше ХС, больше пищевых волокон, витаминов — антиоксидантов, фитостеринов, фитостеренов (Mediterranean diet, Lyon Diet Heart Study. 1999; The Medi-RIVAGE study. 2004)

Эти 2 диеты — низкожировая и средиземноморская не противостоят друг другу — надо брать из обеих диет рациональное зерно. Ученые из Медицинского Центра Роттердамского Университета опубликовали гипотетическую диету Polymeal (BMJ 2004). Она составлена на основе результатов широкомасштабного Фрамингемского исследования. Снижает риск сердечно-сосудистых осложнений на 76%. В нем содержится рыба, вино, шоколад, фрукты и овощи, чеснок, миндаль. Такое питание отдаляет развитие ССЗ и продлевает жизнь на несколько лет. Если все эти диеты имеют солидный уровень доказательности, то вот «Кремлевская диета» — это контраргумент, это исключение, которое подтверждает правило, что нужно использовать только проверенные, научно подтвержденные с позиции доказательной медицины факты. Наши расчеты показали, что она слишком атерогенна (жира в 2 и ХС в 4 раза в этом рационе больше рекомендуемых). В то же время она может вызвать кетоз, ацидоз, остеопороз и мочекаменную болезнь.

125 ДИАДА «КОМОРБИДНОСТЬ-КОМПЛАЕНС» ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Ефремова Е. В., Шутков А. М., Сабитов И. А., Старикова Е. Г.

ГОУ ВПО Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

Приверженность к лечению больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) во многом определяет эффективность лечения. Между тем, можно предположить, что именно отношение к лечению не абстрактного больного, но личности во всем ее многообразии, влияет на приверженность к лечению. Однако, проблема личностных характеристик больных ХСН на фоне коморбидности, формирующихся в диаде «коморбидность-комплаенс» исследована недостаточно.

Цель. Изучение особенностей внутренней картины болезни и оценки приверженности к проводимой терапии больных ХСН с учетом коморбидности.

Материал и методы. Обследовано 100 больных 50 лет и старше (65 мужчин и 35 женщин, средний возраст составил $62,8 \pm 7,6$) с ХСН I – III стадии, I – IV ФК. ХСН диагностировали и оценивали в соответствии с Национальными рекомендациями ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр, 2009). Причиной ХСН у 75 больных являлась ИБС в сочетании с артериальной гипертензией. Коморбидность оценивали с помощью индекса коморбидности Чарльсона (Charlson). В исследовании использовались валидные психологические методики: Личностный Опросник Бехтеревского института (ЛОБИ), Модифицированный тест восьми влечений Сонди в модификации Л. Н. Собчик, Копинг-тест Lazarus R. и Folkman S., Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE).

Результаты. В структуре внутренней картины болезни у больных ХСН преобладающим являлся сенситивный тип отношения к заболеванию – чрезмерная озабоченность о неблагоприятном впечатлении, которое могут произвестись сведения о болезни. У больных ХСН резко выражена эмоциональная лабильность-впечатлительность, экстравертированность, выраженное чувство вины (на основании методики Сонди). Больным свойственны конструктивные типы копинг-стратегий. Преобладающим типом явилось «планирование решения проблемы». У каждого второго больного выявлены предметные когнитивные нарушения, у каждого четвертого – деменция легкой степени выраженности. Большинство больных когда-либо забывали принять препараты и не считали важным соблюдение времени приема лекарств. В целом, низкая комплаентность наблюдалась у 80 больных. Больные с низкой приверженностью характеризовались неврастеническим типом реагирования, эмоциональной лабильностью, неконструктивными копинг-стратегиями. Выявлена прямая зависимость между приверженностью больных к приему лекарственных препаратов и индексом коморбидности Чарльсона ($r=0,28$, $p<0,05$).

Выводы. Больные ХСН старше 50 лет с низкой комплаентностью характеризуются неврастеническим типом реагирования, эмоциональной лабильностью, неконструктивными копинг-стратегиями, наличием коморбидных состояний, что должно учитываться при проведении лечения. Проблема низкой комплаентности в диаде «коморбидность-комплаенс» не может быть решена без учета личностных особенностей больных.

126 СКОРОСТНЫЕ И ОБЪЕМНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСУДИСТОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ЕЕ ИЗМЕНЕНИЕ ПОД ВЛИЯНИЕМ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Ефремушкин Г. Г., Ломакина Н. А.

ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России, Барнаул, Россия

Цель. У больных АГ пожилого возраста изучить скоростные, объемные режимы и энергетическую составляющую гемодинамики в магистральных артериях и ее изменение при комплексном лечении с физическими тренировками (ФТ).

Материал и методы. Обследовано 122 больных АГ пожилого возраста и 48 здоровых молодых лиц. Средний возраст больных $76,78 \pm 1,28$ лет. Больные рандомизированы на основную группу – 82 пациента, которым проводился курс ФТ с медикаментозной терапией (МТ), группу сравнения – 40 больных, получавших только МТ. Проводилась доплерография общих сонных (ОСА), бедренных (БА) и плечевых (ПА) артерий на аппарате Vivid-7 (США). Определялись: толщина комплекса интима-медия (ТИМ, мм), диаметр артерии (ДА, см), максимальная систолическая ($V_{\max}$, см/с) и минимальная диастолическая ($V_{\min}$, см/с) скорость кровотока вдоль оси сосуда, средняя по времени максимальная скорость кровотока (ТАМАХ см/с), объемный расход крови, протекающей через данное сечение сосуда за 1 с (Q , см³/с), удельная кинетическая энергия, выраженная через скорость потока крови в данном сечении сосуда (h_v -скоростной напор).

Результаты. У больных АГ обеих групп ТИМ и ДА во всех магистральных артериях были увеличены по сравнению со здоровыми на 20–50%, скоростные показатели были снижены во все фазы кровотока, особенно в ОСА $V_{\max}$ – на 39,7% ($p<0,0001$). Q в фазу $V_{\max}$ у больных АГ в ОСА был меньше на 18% ($p<0,001$), в ПА повышен на 20,6% ($p<0,05$). Q в фазу $V_{\max}$ в ОСА был больше слева, в БА – справа. В фазу $V_{\min}$ Q был увеличен по сравнению со здоровыми в ОСА (на 30–40%, $p<0,001$) и ПА (на 77–100%, $p<0,001$). Скоростной напор- h_v в активные фазы кровотока у больных АГ пожилого возраста был снижен по сравнению со здоровыми в 3,5 (ОСА)– 2 (ПА, БА) раза. У больных без ФТ после лечения показатели гемодинамики в сосудах не менялись. У больных с ФТ в ОСА в конце лечения увеличивались скоростные, объемные показатели кровотока и энергетическая составляющая. В БА у больных без ФТ в конце лечения увеличивались скорости кровотока ($p<0,05$) и Q $V_{\max}$ на 16,6% ($p<0,05$) с нарастанием h_v $V_{\max}$ и $V_{\max}$ на 57,4% ($p<0,05$) и 35,5% ($p<0,05$). В группе с ФТ в БА после лечения во все фазы скорость кровотока возрастала на 22,6%–35,6% ($p<0,05$). Q возрастала в фазу $V_{\max}$ на 27,6% ($p<0,01$) и $V_{\max}$ на 17,5% ($p<0,05$). В эти же фазы кровотока нарастала h_v на 56,3% ($p<0,01$) и 35,4% ($p<0,01$), соответственно.

Выводы. У больных АГ выявлено снижение по сравнению со здоровыми скоростных и объемных показателей кровотока. Применение в их комплексном лечении ФТ улучшает скоростные, объемные и энергетические режимы во всех магистральных артериях, в то время как при лечении только МТ кровотоки улучшаются преимущественно в БА.

127 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ВИДАГЛИПТИНОМ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И НАРУШЕНИЕМ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ

Иванов К. П., Мычка В. Б., Масенко В. П.

Российский кардиологический научно-производственный комплекс им. А. Л. Мясникова, Москва, Россия

Цель: определить эффективность лекарственного препарата видаглиптин, его влияние на висцерального ожирения, показатели углеводного, липидного обмена и суточного профиля артериального давления у пациентов с метаболическим синдромом (МС), артериальной гипертензией (АГ) 1 степени и нарушением толерантности к глюкозе (НТГ).

Материал и методы. В исследование были включены 20 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет, из которых 12 мужчин и 8 женщин. У всех пациентов было диагностировано НТГ в сочетании с висцеральным ожирением, АГ 1 степени. Предыдущая антигипертензивная терапия не менялась. У всех пациентов проводилось выявление и сравнительная оценка

углеводного обмена (глюкозы натощак, постприандиальной глюкозы крови), липидов (общего холестерина, триглицеридов, холестерина липопротеинов высокой плотности, холестерина липопротеидов низкой плотности), суточного профиля артериального давления, массы тела в начале исследования и на фоне 24-недельного лечения вилдаглиптином.

Результаты. На фоне 24-недельного лечения вилдаглиптином у пациентов отмечалось значительное снижение веса тела с $98,12 \pm 18,5$ до $93,9 \pm 18,74$ кг ($P < 0,001$); окружности талии от $110,9 \pm 12$, с 17 до $104,8 \pm 12,39$ см ($p < 0,0001$). Также в результате терапии у пациентов зафиксировано снижение постприандиальной глюкозы с $9,19 \pm 0,99$ до $7,65 \pm 1,03$ ммоль/л ($p < 0,0006$), уровня глюкозы натощак с $6,16 \pm 0,28$ до $5,88 \pm 0,26$ ммоль/л ($p < 0,0067$); общего уровня холестерина с $5,96 \pm 0,75$ до $5,21 \pm 1,03$ ммоль/л ($p < 0,0006$), уровня липопротеинов низкой плотности с $3,8 \pm 0,69$ до $3,14 \pm 0,97$ ммоль/л ($p < 0,0031$). Показатели липопротеинов высокой плотности существенно не изменились. По данным суточного мониторингирования артериального давления было получено стойкое снижение как систолического артериального давления с $136,0 \pm 9,27$ до $121,4 \pm 7,29$ мм рт.ст. ($p < 0,0001$), так и диастолического артериального давления с $85,6 \pm 7,58$ до $76,6 \pm 5,62$ мм рт.ст. ($p < 0,0001$). По данным клинических и биохимических показателей гипогликемии за весь период наблюдения не наблюдалось.

Вывод. В результате терапии вилдаглиптином было достигнуто снижение веса, окружности талии, достоверно уменьшились показатели углеводного и липидного обмена, а также удалось достичь целевых значений артериального давления. Эпизодов гипогликемии не зарегистрировано.

128 ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА РЕГУЛЯРНОСТЬ ПРИЕМА ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Конобеева Е. В., Коньшина Л. Е., Гафанович Е. Я., Железнякова Н. А.

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России» Саратов, Россия

Цель. Определить возможности влияния социальных факторов на регулярность приема гипотензивных препаратов у пациентов с ишемической болезнью сердца и фибрилляцией предсердий и артериальной гипертензией.

Методы. Нами проводился опрос 68 пациентов с ишемической болезнью сердца и фибрилляцией предсердий и артериальной гипертензией, находящихся на стационарном лечении в отделении терапии. Всем пациентам были выданы анкеты с вопросами, отражающими клинико-демографические данные, социальную принадлежность, текущую терапию пациента, пропуски препаратов, причины пропусков, наличие побочных эффектов, регулярность приема и т.д. Так же врачом оценивался риск сердечно-сосудистых осложнений. В последующем все анкеты были обработаны и посчитаны статистическими методами.

Результаты. Средний возраст пациентов составлял $59,8 \pm 12,3$. Женщины 31,4%, мужчины 68,6%. Дополнительно нами оценивалось полученное пациентом образование и трудоустройство. Так средне – специальное образование имели 54,4% и высшее образование 45,6% пациентов, среди них работающих было 32,6%, неработающих соответственно 67,4%. Из неработающих пациентов 20,4% имеют инвалидность. Нами так же оценивался способ приобретения лекарственных препаратов, льготное приобретение 12,1%, самостоятельное приобретение 75,1% и частично по льготам, а частично сами 12,8% пациентов. Среди опрошенных комплаентными оказались 42,8% пациентов. Комплаентность достоверно не различалась в зависимости от уровня образования, способа приобретения лекарств. Достоверно более высокой комплаентностью характеризовались женщины по сравнению с мужчинами. Неработающие, по сравнению с работающими,

пациенты с более высоким риском по сравнению с менее высоким, а также пациенты, принимающие большее количество лекарств.

Как наиболее частую причину пропуска приема гипотензивных препаратов пациенты указывали, что они просто «забывают принять» лекарства 31% пациентов не хотят зависеть от лекарств или считают, что регулярный прием препаратов необязателен. Около 15% пропускают прием препаратов в связи с нежелательными явлениями, около 23% – из экономических соображений. 12% считают лечение неэффективным. Достоверно больше причин указывали мужчины по сравнению с женщинами, работающие по сравнению с неработающими, пациенты с низким риском по сравнению с высоким/очень высоким.

Выводы. Было выявлено, что пациенты мужского пола, работающие, имеющие низкий риск наиболее часто пропускают прием лекарственных препаратов. А способ приобретения лекарственных препаратов значительного влияния на приверженность к терапии не оказывает.

129 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ КО-ЭКСФОРЖ

Коньшина Л. Е., Гафанович Е. Я., Железнякова Н. А., Конобеева Е. В., Соколов И. М.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России, Саратов, Россия

Целью данного исследования явилась оценка качества жизни пациентов с артериальной гипертензией (АГ), в лечении которых использовался антигипертензивный комбинированный трехкомпонентный препарат (АКТП), содержащий тиазидный диуретик (гидрохлоротиазид, 12,5 мг), блокатор медленных кальциевых каналов (амлодипин, 10 мг) и антагонист рецепторов к ангиотензину-II (валсартан, 160 мг) – ко-эксфорж.

Материал и методы. В исследование были включены 35 пациентов (15 женщин и 20 мужчин, средний возраст больных – 56 ± 2 года) с АГ, стадии 3, очень высокой группы риска. Пациенты находились на стационарном лечении в отделении терапии, через 3 месяца после первичного обследования снова посещали клинику. При обращении у больных отмечались колебания уровня артериального давления (АД) в течение суток, или постоянно высокие цифры АД, соответствующие 3-й степени АГ, на фоне приема свободных комбинаций антигипертензивных средств: пациенты использовали различные сочетания препаратов, но чаще всего ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ)/антагонист рецепторов АП II (эналаприл 20 мг/лозартан 100 мг) + диуретик (гидрохлоротиазид 12,5 мг) + бета-адреноблокатор (бисопролол 10 мг), нередко в сочетании с амлодипином ($5-10$ мг/сутки). Упомянутая схема была заменена на фиксированную комбинацию ко-эксфорж. До начала приема и через 3 месяца лечения ко-эксфоржем проводилось обследование пациентов – суточное мониторирование АД (СМАД), оценка качества жизни с помощью краткого опросника о состоянии здоровья SF-36 (Short Form health survey 36), а также анализ дневника пациента, где фиксировалась динамика АД.

Результаты и обсуждение. На фоне лечения АКТП отмечалось достоверное снижение систолического и диастолического АД уже во время нахождения в стационаре, достигнута 1-я степень АГ. При анализе самостоятельных записей дневника в течение 3 месяцев выявлен хороший терапевтический эффект АКТП, т.е. все пациенты достигли нормального уровня АД. По данным СМАД, проведенной через 3 месяца, фиксировалась нормотония. Часть пациентов (3%) снизила дозу комбинированного препарата в связи с избыточным снижением АД ($110-100$ и $60-70$ мм рт.ст.), через 1,5–2 недели приема АКТП. Согласно данным опросника SF-36, после 3-х месяцев лечения выросли значения таких характеристик качества жизни как жизнеспособность, социальная и физическая активность, общее здоровье.

Выводы. Применение АКТП позволяет достичь стабилизации АГ у пациентов с плохо корригируемыми показателями АД стандартными свободными комбинациями (диуретики, бета-блокаторы, иАПФ и др.). Использование лекарственного средства, состоящего из трех антигипертензивных средств (амлодипин+валсартан+гидрохлоротиазид), позволяет добиться контроля уровня АД и значимо повышает качество жизни этой категории больных.

130 НОВЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ИМПЛАНТАЦИЮ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА

Корицнов В. В., Чудинов Г. В., Дюжиков А. А., Терентьев В. П.

Центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии ГБУ РО «РОКБ» Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования: оценка и анализ эффективности нового подхода к медикаментозной профилактике ишемического инсульта у пациентов среднего возраста с хронической формой фибрилляции предсердий (ФП) и показаниями к имплантации электрокардиостимулятора.

Материал и методы. По данным Минздрава РФ, ежегодно в России 400000 человек переносит инсульт. У пациентов с ФП риск инсульта в 5 раз выше, чем у всех остальных людей, а сам инсульт имеет тяжелое течение. ФП — одно из самых распространенных нарушений ритма сердца. На сегодня эта проблема встречается у 1% населения в целом, а к возрасту 80 лет цифра возрастает до 10%. Начиная с 50-х годов XX в. основным средством профилактики инсультов у пациентов, страдающих ФП, были антагонисты витамина К, в частности, Варфарин. Прием этого препарата предполагает постоянный регулярный лабораторный контроль и коррекцию дозы. Кроме того, эффективность терапии Варфарином сильно зависит от уровня витамина К в организме. Вслед за США, Канадой, Японией и Европой, в России были одобрены новые показания препарата Прадакса (дабигатрана этексилат), инновационного перорального прямого ингибитора тромбина для профилактики инсульта у больных с ФП. В наше исследование было включено 63 больных ИБС с хронической формой ФП (возраст 54–63 года), которым была проведена имплантация электрокардиостимулятора в режиме VVIR по показаниям гемодинамически значимой брадикардии. Больным проводилась стратификация риска инсульта по шкале CHADS₂, чреспищеводная и трансторакальная эхокардиография, оценивалась система гемостаза. Пациентам 1 группы (N=31) назначали Варфарин с целевым уровнем МНО 2,0–3,0. Пациентам 2 группы (N=32) в связи с рядом факторов (низкий комплаенс больных, невозможность лабораторного контроля МНО в поликлинике по месту жительства и др.) был назначен препарат Прадакса в дозе 150 мг 2 раза в сутки. Динамическое наблюдение пациентов проводилось в течение 12 месяцев.

Результаты. За время наблюдения только 54% пациентов 1 группы находились на целевом уровне МНО 2,0–3,0. У 28% больных 1 группы регистрировались субоптимальные показатели, у остальных 18% 1 группы уровень МНО превышал рекомендованное значение. Таким образом, адекватная антикоагулянтная терапия проводилась у 54% пациентов высокой стратификации риска при постоянной ФП, перенесших имплантацию ЭКС. Пациенты 2 группы не требовали регулярного контроля и корректировок дозы препарата.

Выводы: При наблюдении за пациентами в течение 12 месяцев установлено, что в силу различных факторов среди пациентов принимающих Варфарин достижение оптимального уровня МНО является сложной задачей, требующей высокого комплаенса пациента, строгого и регулярного лабораторного контроля. В тоже время, опираясь на данные исследования RE-LY доказано, что Прадакса (дабигатрана этексилат) в дозе 150 мг (2 раза в сутки) статистически достоверно снижает риск развития системных тромбоэмболии и ишемического инсульта, а также смертность

от «сосудистых» осложнений, в том числе среди пациентов перенесших имплантацию ЭКС.

131 ТОЧНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАНИЙ К НАЗНАЧЕНИЮ СТАТИНОВ С ПОМОЩЬЮ ОСНОВНЫХ ШКАЛ РИСКА В РАМКАХ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕБЮТОМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Лазнам С. С., Берштейн Л. Л., Гришкин Ю. Н., Катмадзе Н. О.

Кафедра кардиологии ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Оценить точность определения показаний к назначению статинов при использовании основных шкал риска в рамках первичной профилактики ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы. Обследован 81 пациент, в т.ч 64 мужчины, в возрасте 53,3±6,3 лет и 17 женщин, 56±9,3 лет, последовательно поступивших в Покровскую больницу Санкт-Петербурга с дебютом ИБС в виде острого инфаркта миокарда (ОИМ) или впервые возникшей стенокардии. Диагноз верифицировался данными коронарографии и/или повышением уровня тропонина I. У ряда пациентов диагноз был верифицирован с помощью стресс-эхокардиографии после стабилизации состояния. У изучавшихся пациентов был рассчитан средний уровень риска согласно Фрамингемской шкале (ФШР) и шкале SCORE в модификации для стран с высоким уровнем сердечно-сосудистого риска и определена доля пациентов, которые подлежали бы назначению статинов до развития ИБС, согласно рекомендациям NCEP ATR III и Европейским рекомендациям по лечению дислипидемий 2011 г.

Результаты. Артериальная гипертензия отмечалась у 60 (74%) пациентов, курили 54 (66%) пациентов, уровень общего холестерина составлял 5,72±1,3 ммоль/л, уровень холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) 1,02±0,2, количество пациентов с отягощенной наследственностью по ИБС было 29 (35,8%) Расчетный сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE составил 3,2±2,3 и по Фрамингемской шкале — 13,7±7,5 (средний риск по обоим шкалам). Доля пациентов, которая подлежала бы немедленному назначению статинов до дебюта ИБС согласно NCEP ATR III составила 12/65 (18,4%, 95% ДИ 9,9–30,0%), согласно европейским рекомендациям — 19/65 (29,2%, 95% ДИ 18,6–41,8%). Доля пациентов, которая подлежала бы возможному назначению статинов в случае если целевой уровень ХС ЛПНП не достигнут после оздоровления образа жизни составила согласно NCEP ATR III 24/65 (39,9%, 95% ДИ 25,3–49,8%), согласно европейским рекомендациям — 39/65 (60%, 95% ДИ 47,1–72,0%). Суммарно назначению статинов до дебюта ИБС могли подлежать согласно NCEP ATR III 36/65 (55,4%, 95% ДИ 42,5–67,7%) пациентов, согласно европейским рекомендациям — 58/65 (89,2%, 95% ДИ 79,1–95,6%), p<0,05.

Выводы. На основании общепринятых рекомендаций по лечению дислипидемий большинству лиц с фактическим высоким риском развития ИБС немедленное назначение статинов рекомендуется лишь в небольшом числе случаев. При учете пациентов, которым показано назначение статинов после коррекции образа жизни, Европейские рекомендации по дислипидемиям 2011 г позволяют более часто, чем ФШР, выявить высокий фактический риск ИБС.

132 ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОЭНЗИМА Q10 ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Лукьянова М. А., Тюкалова Л. И., Гарганеева Н. П., Рахматуллина Ю. А.

ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Томск, Россия

В настоящее время формируется доказательная база по применению коэнзима Q10 при сердечно-сосудистых заболеваниях.

Цель. Оценить эффективность применения коэнзима Q10 у пациентов с гипертонической болезнью на фоне сахарного диабета 2 типа.

Материал и методы. В исследование включены 30 больных гипертонической болезнью (ГБ), ассоциированной с сахарным диабетом 2 типа, с недостаточным контролем артериального давления (АД), получающих базисную антигипертензивную терапию (бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, ингибиторы рецепторов ангиотензина II) и сопутствующую терапию (гиполипидемические средства, сахароснижающие препараты и т.д.). Пациенты в течение двух месяцев получали препарат Кудесан (коэнзим Q10) в дозе 60 мг/сут. Оценивалась динамика уровня АД, а так же возможное снижение суточных доз базисных препаратов, биохимические показатели крови, показатели качества жизни по данным опросника качества жизни MOS SF-36 (MOS 36-Item Short-Form Health Survey).

Результаты. К концу первого месяца приема препарата Кудесан наблюдалось значимое снижение уровня как систолического АД на $6,1 \pm 7,3$ мм рт.ст., так и диастолического АД на $2,9 \pm 1,4$ мм рт.ст. по сравнению с исходными значениями ($p < 0,01$). У 73% больных после двух месяцев лечения дозы базисных антигипертензивных препаратов на фоне приема препарата Кудесан были снижены, а 30% из них прекратили прием препаратов при сохраняющемся оптимальном уровне АД ($\leq 130/80$ мм рт.ст.). Терапия препаратом Кудесан была безопасна в отношении всех биологических параметров. Достоверно снижались уровень глюкозы крови (на $1,26 \pm 1,12$; $p < 0,01$) и гликозилированного гемоглобина (на $0,37 \pm 0,17$; $p < 0,0345$). Уровень холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой плотности так же достоверно снижались ($p < 0,01$), уровень липопротеидов высокой плотности достоверно увеличивался ($p < 0,01$). Пациенты отмечали хорошее общее самочувствие. По данным опросника качества жизни MOS SF-36 (MOS 36-Item Short-Form Health Survey) показатели психического и физического здоровья значительно возрастали. Включение в терапию препарата Кудесан приводило к уменьшению дозировки и в некоторых случаях отмены других лекарственных средств, это позволило лучше контролировать артериальную гипертонию. По субъективным данным применение препарата Кудесан у пациентов с ИБС привело к снижению приступов стенокардии, повышению переносимости физических нагрузок, уменьшению дозы нитратов. Переносимость препарата Кудесан оказалась хорошей. По объективным данным пациенты отметили улучшение состояния через 1 месяц после начала приема препарата. Нежелательных явлений не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, на основании данных, полученных в ходе исследования, можно утверждать, что Кудесан приводит не только к дополнительному снижению уровня АД, но и улучшает качество жизни больных, снижает частоту смертельных сердечно-сосудистых осложнений.

133 ПРИМЕНЕНИЕ ОРИГИНАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА АРИФОН РЕТАРД У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Лукьянова М. А., Тюкалова Л. И. Гарганеева Н. П., Рахматуллина Ю. А.

ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Томск, Россия

Получены результаты исследования по замене генериков индапамида оригинальным препаратом индапамида ретард (арифон ретард) у больных артериальной гипертонией на фоне сахарного диабета 2 типа.

Цель. Оценить эффективность оригинального препарата арифона ретард у больных артериальной гипертонией на фоне сахарного диабета 2 типа.

Материал и методы. Обследовано 30 пациентов (средний возраст $55 \pm 4,0$ года) с гипертонической болезнью (ГБ), ассоциированной с сахарным диабетом 2 типа, с недостаточным контролем уровня артериального давления (АД), получающих любой из генериков индапамида. У всех пациентов была произведена замена генерика индапамида на оригинальный препарат арифон ретард (фармацевтическая компания «Сервье», Франция). Арифон ретард назначался 1 раз в сутки, остальная терапия не менялась (сахароснижающие средства, гиполипидемические, нитропрепараты и т.д.). Исследование проводилось в течение трех месяцев и включало общеклинические, лабораторные (общий анализ крови, биохимический анализ крови, свертывающая система, уровень глюкозы, липидный спектр), инструментальные методы — электрокардиографию (ЭКГ), суточное мониторирование артериального давления (СМАД). Изучались показатели качества жизни с помощью опросника оценки качества жизни MOS SF-36 (MOS 36-Item Short-Form Health Survey). Оценивалась динамика снижения уровня АД, динамика СМАД, а также динамика ряда биохимических показателей крови, динамика показателей физического и психического компонентов здоровья качества жизни больных на фоне проводимой антигипертензивной терапии и достижение целевых уровней АД.

Результаты. Отмечено значимое снижение уровня артериального давления. У 98% пациентов через три месяца приема препарата арифон ретард наблюдалось снижение как систолического артериального давления (САД) более чем на 20 мм рт.ст., так и диастолического артериального давления (ДАД) более чем на 10 мм рт.ст. Ответ на лечение был достигнут у 98% больных. Антигипертензивная терапия по критерию достижения целевого уровня АД ($130/80$ мм рт.ст.) к концу третьего месяца составила 80%. Уровень глюкозы крови снизился с $5,8$ ммоль/л до $5,34$ ммоль/л, отмечено некоторое снижение общего холестерина (с $5,3$ ммоль/л до $5,07$ ммоль/л), триглицеридов (с $1,7$ ммоль/л до $1,61$ ммоль/л), липопротеидов низкой плотности (с $3,53$ ммоль/л до $3,14$ ммоль/л) и увеличение уровня липопротеидов высокой плотности (с $1,3$ ммоль/л до $1,37$ ммоль/л). Была выявлена положительная динамика показателей психического и физического компонентов здоровья по данным по данным опросника качества жизни MOS SF-36 (MOS 36-Item Short-Form Health Survey) показатели психического и физического здоровья значительно возрастали.

Выводы. Результаты клинических исследований свидетельствуют о том, что оригинальный препарат арифон ретард имеет хорошие перспективы для более широкого применения, в первую очередь у больных с недостаточно контролируемой АГ и высоким сердечно-сосудистым риском, в том числе и на фоне сахарного диабета 2 типа.

134 ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ ПРИ СОЧЕТАНИИ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМ

Лычев В. Г., Клестер Е. Б., Бабушкин И. Е.

ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет МЗ России, Барнаул, Россия

Цель: изучить особенности липидного спектра у больных при сочетании патологии систем кровообращения и дыхания, оценить коррекцию нарушений при применении симвастатина и возможность влияния на частоту госпитализаций больных с учетом плейотропных противовоспалительных эффектов статинов.

Материал и методы. Критерием включения явилось сочетанная патология сердечно-сосудистой системы (ИБС) и дыхательной системы (ХОБЛ) как наиболее часто являющихся причиной госпитализации в общетерапевтические отделения. Под наблюдением находился 71 больной при сочетании ХОБЛ и ИБС (GOLD, 2009). Средний возраст $57,8 \pm 5,1$ лет. Большинство мужчин 51 (71,8%). Группу сравнения составили 35 больных ХОБЛ и 41 больной ИБС. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, степени

тяжести ХОБЛ, формам и клиническим проявлениям ИБС. Пациенты получали стандартную терапию + симва-статин в стартовой дозе 10 мг/сут. В ходе титрования стремились выйти на возможно высокие дозы. Исходно, через 3 и 6 мес. определяли липидный спектр и частоту обострений ХОБЛ.

Результаты. При сочетании ХОБЛ и ИБС ОХС $7,2 \pm 0,31$ ммоль/л, ТГ $2,21 \pm 0,10$ ммоль/л, ХС ЛПВП $0,89 \pm 0,07$ ммоль/л, ХС ЛПНП $5,4 \pm 0,21$ ммоль/л ($p < 0,05$). У больных ХОБЛ общий холестерин (ОСХ) $4,7 \pm 0,31$ ммоль/л, триглицериды (ТГ) $1,69 \pm 0,05$ ммоль/л, ХС ЛПВП $1,1 \pm 0,01$ ммоль/л, ХС ЛПНП $3,01 \pm 0,21$ ммоль/л. У больных ИБС общий холестерин (ОСХ) $6,1 \pm 0,34$ ммоль/л, триглицериды (ТГ) $2,06 \pm 0,09$ ммоль/л, ХС ЛПВП $0,95 \pm 0,02$ ммоль/л, ХС ЛПНП $4,21 \pm 0,20$ ммоль/л.

Спустя 3 мес и в конце периода наблюдения у больных при сочетании ХОБЛ и ИБС ОХС и ХС ЛПНП незначительно превышают показатели, рекомендованные при ИБС. ТГ и ХС ЛПВП — в пределах нормы. У больных ХОБЛ липидные параметры плазмы оптимальны. Отмечена тенденция к уменьшению частоты обострений при сравнении с предшествующим периодом.

Выводы. Нарушения липидного обмена проявлялись гиперхолестеринемией, гипертриглицеридемией, высокой концентрацией ХС ЛПНП, пониженным содержанием ХС ЛПВП, которые у больных всех групп существенно превышали целевые уровни, указанные в Российских рекомендациях по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена (2009). При сочетании патологии сердечно-сосудистой и дыхательной систем нарушения липидного обмена более выражены, диагностируется IIb тип гиперлипидемии. Изменения липидного спектра отмечаются на ранних стадиях ХОБЛ при отсутствии клинических проявлений атеросклероза, характеризуются IIa типом гиперлипидемии. Применение симвастатина нормализует липидный спектр и снижает выраженность системного воспаления при оценке по частоте обострений ХОБЛ, выявлена тенденция к снижению тяжести клинических проявлений ХСН в баллах по ШОКС, увеличение дистанции 6-минутной ходьбы.

135 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАРДИОТРЕНИРОВОК НА ВЕЛОЭРГОМЕТРЕ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Мамедова С. И., Петренко И. В., Урванцева И. А.

БУ ХМАО-Югры Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут, Россия

Цель: провести анализ эффективности кардиотренировок у больных с ишемической болезнью сердца по данным велоэргометрии.

Материал и методы. Обследовано 25 больных (23 мужчин, 2 женщины) с ишемической болезнью сердца (ИБС) в возрасте от 46 до 69 лет (в среднем $56,6 \pm 6,7$ лет). Больные с хроническими формами ИБС составили 20 человек, в том числе с аортокоронарным шунтированием в анамнезе — 2 человека, чрескожным коронарным вмешательством — 13. В исследование не включались пациенты с хронической сердечной недостаточностью выше III стадии (по NYHA).

Все пациенты получали стандартную антиангинальную, гипотензивную терапию. Курс кардиотренировок проводили на велоэргометре по непрерывно возрастающей нагрузке, начиная с мощности нагрузки 25 Вт, с последующим увеличением мощности каждые 3 минуты на 25 Вт, до достижения частоты сердечных сокращений (ЧСС), составляющей 75–85% от максимальной для данного возраста.

Количество кардиотренировок на велоэргометре составляло от 9 до 21 (в среднем 17). Результаты велоэргометрии оценивались до начала тренировок и по ее окончании.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью критерия Вилкоксона. Данные представлены в виде $M \pm \sigma$.

Результаты. В ходе проведенного исследования получено увеличение длительности тренирующей нагрузки на 63,3% — с $9,8 \pm 2,6$ мин в начале кардиотренировок до $16 \pm 3,8$ мин по окончании ($p < 0,001$), увеличение освоенной мощности нагрузки на 50% — с $93 \pm 21,6$ Вт до $139,6 \pm 26,4$ Вт ($p < 0,001$), METS на 36% с $4,4 \pm 1,3$ до $6 \pm 1,6$ ($p < 0,001$), увеличение показателя потребности миокарда в кислороде — двойного произведения (ДП) с $179,8 \pm 30,7$ у.е. до $222,8 \pm 40,6$ у.е. ($p < 0,01$). Величина ДП тесно коррелирует у больных с ИБС с потреблением миокардом кислорода, с механической работой сердца и с коронарным кровотоком. В нашем исследовании величина ДП возросла на 23,4% к концу цикла кардиотренировок.

При анализе электрокардиограмм, записанных во время проведения кардиотренировок, изменений сегмента ST, нарушений ритма сердца и проводимости не зафиксировано.

Заключение. Проведение кардиотренировок на велоэргометре у больных с ишемической болезнью сердца приводит к статистически значимому увеличению толерантности к физическим нагрузкам.

136 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ ВО СНЕ

Маркин А. В., Мартыненко Т. И., Шойхет Я. Н.

НИИ пульмонологии ЦНИЛ; Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности долгосрочной аппаратного метода лечения (CPAP-терапии) у пациентов с синдромом обструктивного апноэ во сне (СОАС).

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 46 пациентов с СОАС в возрасте от 38 до 76 лет, получавших долгосрочную CPAP-терапию более 3 лет. Среди них было 43 мужчин и 3 женщины. Индекс апноэ/гипопноэ — количеством эпизодов апноэ и гипопноэ в среднем за час — составил $62,7 \pm 28,4$. Избыточная сонливость оценивалась по шкале Epworth Sleepiness Scale (ESS) и составила $14,2 \pm 5,0$ баллов. С целью определения вида и характера расстройств дыхания во время сна проводилась полисомнография (ПСГ) и кардиореспираторный мониторинг (KPM) на оборудовании Embla N7000 (Medcare). Качество жизни пациентов определялось с помощью опросника SF-36.

Результаты. На фоне CPAP-терапии произошло снижение ИАГ в среднем с $62,7 \pm 4,2$ до $5,3 \pm 0,8$ ($P < 0,001$) уже в ходе первой ночи тестирования. Лечебное давление составило при тестировании CPAP $13,2 \pm 0,4$ см вод. ст. В динамике произошло снижение лечебного давления до $13,1 \pm 0,7$ см вод. ст. ($P > 0,05$) через 6 мес. CPAP-терапии, до $11,4 \pm 0,5$ см вод. ст. ($P > 0,05$) через 1 год и до $10,8 \pm 0,4$ см вод. ст. ($P < 0,01$) через 2 года лечения. Дневная сонливость снизилась с $14,2 \pm 1,0$ до $3,1 \pm 0,7$ ($P < 0,001$) баллов уже через 2 недели лечения. Положительная динамика на фоне CPAP-терапии была отмечена по большинству доменов опросника SF-36 уже к 6-му месяцу лечения. В результате долгосрочной CPAP-терапии уменьшилась выраженность артериальной гипертензии уже через 6 месяцев лечения у 32 (84,2%) из 38 пациентов с СОАС, имеющих артериальную гипертензию. Отмечалось отсутствие гипертонических кризов, сократился объем медикаментозной терапии. Эффект стабилизации артериального давления сохранился на протяжении 3 лет наблюдения. Снижение веса отмечалось в течение всего периода наблюдения в среднем со $119,9 \pm 5,8$ кг до $96,8 \pm 3,4$ кг ($P < 0,05$). Пациенты в это время не применяли других специфических методов снижения веса, придерживались обычной диеты.

Выводы. Проведение CPAP-терапии у больных с СОАС в течение 6–36 месяцев способствовало снижению ИАГ в 11,8 раз ($P < 0,001$), по сравнению с исходным, и потребности в величине лечебного давления CPAP на 20,0% ($P < 0,01$); возрастанию минимального и среднего уровня насыщения

артериальной крови кислородом в ночной период на 14,4% ($P<0,001$) и 6,3% ($P<0,01$) соответственно; уменьшению степени дневной сонливости в 4,6 раз ($P<0,001$) и выраженности артериальной гипертензии; снижению массы тела на $21,1\pm 7,6$ кг ($P<0,05$); улучшению КЖ по всем характеристикам физического и психического здоровья.

137 КОМБИНИРОВАННАЯ ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ КАК ПРИОРИТЕТНЫЙ СПОСОБ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ СЕРДЦА НА ФОНЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО КОНТИНУУМА

Мельникова Ю. А., Филиппова Т. В., Ефремушкин Г. Г.

ГБОУ ВПО АГМУ Минздравсоцразвития России, Барнаул, Россия

Цель: изучить и сравнить влияние на показатели систолической и диастолической функции сердца наджелудочного (НЛО) и внутрисердечного (ВЛОК) лазерного облучения крови, а также их комбинированного воздействия у пациентов пожилого и старческого возраста с артериальной гипертензией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. Обследовано 149 пациентов пожилого и старческого возраста с АГ и ИБС (средний возраст $78,18\pm 0,5$ лет). У всех (100%) исследуемых лиц АГ сочеталась с ХСН. Сопутствующая патология преимущественно была представлена абдоминальным ожирением (64%), ХОБЛ (42%), сахарным диабетом 2 типа (11%). Все пациенты были рандомизированы в группы: 1-я — «НЛО» (накожное лазерное облучение) — 28 пациентов, получавших наряду с фармакотерапией 10 сеансов низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) по накожной методике на кардиальные зоны Захарьина-Геда; 2-я — «ВЛОК-5» — 23 пациента, которым проводилось внутрисердечное лазерное облучение крови (ВЛОК) курсом 5 сеансов + фармакотерапию; 3-я — «ВЛОК-10» — 22 пациента, получавших 10 сеансов ВЛОК + фармакотерапию; 4-я — «ВЛОК+НЛО» — 24 пациента, получавших 5 сеансов ВЛОК и 10 сеансов НЛО + фармакотерапию; 5-я — группа сравнения — 52 пациента, которым проводилась базисная фармакотерапия АГ и ИБС без НИЛИ. Всем пациентам в начале и конце курса лечения проводилась эхокардиография. Статистический анализ проводили с использованием пакета «Statistica 6.0» (Statsoft, USA). Уровень достоверности p считался равным 0,05.

Результаты. К концу лечения во всех исследуемых группах возросла ФВ обоих желудочков ($p<0,05$) и уменьшилась диастолическая дисфункция правого желудочка ($p<0,05$). В большей степени данные позитивные изменения прослеживались у лиц группы «ВЛОК+НЛО» ($p<0,05$). Из применяемых методик НИЛИ наименьшее влияние на систолическую и диастолическую функции сердца оказывало НЛО. При ВЛОК улучшение систоло-диастолической функции сердца происходило пропорционально увеличению количества сеансов, т.е. наибольшие положительные изменения наблюдались в группе «ВЛОК-10» ($p<0,05$). Более значимое улучшение систолической функции и, в особенности, характера диастолического наполнения желудочков произошло в группе «ВЛОК+НЛО» ($p<0,05$). Диастолическая функция ЛЖ на фоне фармакотерапии без НИЛИ не улучшалась ($p>0,05$).

Выводы. Фармтерапия у пациентов пожилого и старческого возраста с АГ и ИБС в сочетании с ХСН уменьшает систолическую дисфункцию сердца с незначительным улучшением диастолического наполнения ПЖ. Аддитивный эффект НИЛИ обуславливает усиление положительного влияния фармакопрепаратов на функциональное состояние сердца у исследуемых лиц. Наиболее приоритетной методикой лазерной терапии в отношении улучшения диастолической функции сердца у данного контингента пациентов является комбинированное воздействие ВЛОК и НЛО.

138 ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ ГОРМОНАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ

Мычка В. Б.¹, Кузнецова И. В.², Кириллова М. Ю.¹, Войченко Н. А.³

¹ НИИ Кардиологии им. А.Л. Мясникова, ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» МЗ и СР РФ, Москва; ² ГБОУ ДМО «Российская медицинская академия последипломного образования», Москва; ³ ГБОУ ВПО «Первый Московский Государственный Медицинский Университет имени И.М. Сеченова» МЗ и СР РФ, Москва, Россия

Цель: изучить влияние заместительной гормональной терапии на сердечно-сосудистую систему и метаболические показатели у женщин в пери- и постменопаузе.

Материал и методы. В исследовании принимали участие 178 женщин, которые были разделены на четыре группы: I группа включала 64 женщины в пременопаузе, средний возраст пациенток составил $43,0\pm 5,9$ года. II группа — 43 женщины в постменопаузе, средний возраст составил $52,0\pm 5,0$ года. В Ia группу контроля вошли 46 пациенток в пременопаузе, не получающих гормональную терапию, средний возраст составил $45,0\pm 4,9$ года. Во IIa группу контроля вошли 25 пациенток в постменопаузе, имеющих противопоказания к приему ЗГТ, средний возраст которых составил $52,6\pm 6,0$ года. Средняя продолжительность менопаузы составила $5,0\pm 4,4$ года. Пациенткам I группы был назначен препарат, содержащий этинилэстрадиол 20 мкг и дроспиренон 3 мг. Пациентки II группы принимали препарат, который представляет собой комбинацию 1 мг 17 β -эстрадиола и 2 мг дроспиренона. Исходно и через 12 месяцев проводилось общеклиническое, антропометрическое обследование, определение показателей липидного и углеводного обмена, гинекологическое обследование, амбулаторное измерение АД.

Результаты. Через 12 месяцев отмечена нормализация показателей САД и ДАД через 12 месяцев терапии у 67,2% женщин в I группе и у 64,4% женщин во II группе. Процент женщин в Ia группе с АГ II ст. через 12 месяцев наблюдения увеличился на 1,2%. АД у пациенток в IIa группе имело тенденцию к увеличению: процент женщин с АГ I ст. возрос на 1,6%, с АГ II ст. на 1%. В I группе через 12 месяцев ОТ уменьшился на 3,7 см, в контрольной Ia группе ОТ увеличился на 2,8 см. Во II группе через 12 месяцев ОТ уменьшился на 4,5 см; в контрольной IIa группе ОТ увеличился на 7,8 см ($p<0,005$). Через 12 месяцев гормональной терапии в I и во II группе выявлено снижение массы тела: в I группе в среднем на 3,0 кг, во II группе на 3,3 кг ($p<0,005$). В контрольных группах масса тела увеличилась: в Ia в среднем на 4,9 кг, во IIa на 3,2 кг ($p<0,005$). Через 12 месяцев в I и во II группе выявлено уменьшение ИМТ: в I группе ИМТ составил $24,8\pm 1,0$ кг/м², во II группе $25,6\pm 1,2$ кг/м² ($p<0,005$). В контрольных группах ИМТ увеличился: в Ia составил $26,8\pm 1,2$ кг/м², во IIa составил $28,0\pm 1,5$ кг/м² ($p<0,005$). Через 12 месяцев терапии в липидном спектре отмечалось снижение уровня ОХС на 15% (I группа), во II группе на 8,6% ($p<0,005$). В группах контроля уровень ОХС возрос: в Ia группе на 0,17%, во IIa — на 3,2% ($p<0,005$). ХС-ЛПВП увеличился на 19% и составил $1,87\pm 0,62$ в I группе, во II группе увеличился на 9,3% и составил $1,64\pm 0,54$ ммоль/л (нд). Через 12 месяцев терапии в I группе показатель ХС-ЛПНП уменьшился на 10,8%, во II группе на 9,09% ($p<0,005$). Уровень триглицеридов имел тенденцию к незначительному увеличению в группах контроля (нд). Уровень глюкозы не изменялся в исследуемых группах (нд).

Выводы. Через 12 недель на фоне лечения гормональной терапией, содержащей дроспиренон, отмечено достоверное снижение систолического и диастолического артериального давления, наряду с достоверным улучшением метаболического статуса и показателями липидного обмена.

139 ВЛИЯНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТОВ НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С ДЕПРЕССИЕЙ

Нонка Т. Г. *, Репин А. Н. *, Сергиенко Т. Н. *, Лебедева Е. В. **
*ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск; **ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН, Томск, Россия

Цель работы. Изучить влияние депрессивных расстройств и их коррекции на показатели variability ритма сердца (BPC) у больных с перенесенным инфарктом миокарда.

Методы исследования. В исследование было включено 73 больных с хронической ишемической болезнью сердца (ИБС) (со стенокардией напряжения II–III функциональных классов), перенесшие острый инфаркт миокарда более 6 месяцев назад. Были сформированы две группы: основная (39 больных ИБС с депрессией) и группа сравнения (34 больных ИБС без депрессивной симптоматики). Диагноз депрессивное расстройство верифицировался психиатром. Основная группа была разделена на 2 подгруппы: 1-ю подгруппу составили 12 пациентов, которые помимо препаратов для лечения основного заболевания принимали антидепрессанты (8 человек — флувоксамин, 4 — флуоксетин), 2-ю подгруппу составили 27 больных, получающие только препараты для лечения основного заболевания. Всем пациентам проводилось холтеровское мониторирование электрокардиографии. Статистический анализ материалов был проведен с использованием пакета прикладных программ «Statistica for Windows ver 6.0» фирмы «Stat Soft, Inc». При создании базы данных использовался редактор баз данных MS Access 97. Данные представлены в виде $M \pm SD$; n (%); Me [25%; 75%].

Результаты. Группы были сопоставимы по основным клинико-демографическим характеристикам, по функциональному классу стенокардии напряжения. У пациентов с депрессией в сравнении с пациентами без расстройств психики выявлено значимое снижение всех анализируемых нами показателей BPC: SDNN (95 [86; 108] vs 110 [98; 127], $p=0,005$), SDANN (77,4 $\pm$ 18,2 vs 91 $\pm$ 16,9, $p=0,003$), SDNNindx (49,1 $\pm$ 15,6 vs 57,0 $\pm$ 14,5, $p=0,04$), rMSSD (29 [23; 36] vs 33 [29; 45], $p=0,04$), pNN50 (3,9 [2,2; 5,4] vs 5,7 [2,9; 12], $p=0,02$). При анализе BPC через 6 месяцев между основной группой и группой сравнения исчезли существенные различия по показателям SDNN (96 [84; 111] vs 106 [98; 124], $p=0,1$), SDANN (77 [65; 95] vs 83 [68; 104], $p=0,2$), и rMSSD (28 [24; 32,5] vs 32,5 [26; 39], $p=0,2$). Кроме того, между 1-й и 2-й подгруппами в динамике появились существенные отличия по показателям SDNN (110 [96; 140] vs 85,5 [75; 103], $p=0,008$), SDANN (93,7 $\pm$ 22,9 vs 72,7 $\pm$ 21,4, $p=0,02$), SDNNindx (55,8 $\pm$ 16,4 vs 42,4 $\pm$ 10,8, $p=0,01$) и pNN50% (7,8 $\pm$ 6,7 vs 3,6 $\pm$ 1,8, $p=0,02$).

Выводы:

1. Депрессивные расстройства на фоне ИБС способствуют значительному снижению параметров BPC, что является неблагоприятным прогностическим фактором течения коронарной болезни после перенесенного инфаркта миокарда.

2. На фоне терапии антидепрессантами происходит повышение общей активности вегетативной нервной системы, подавление симпатического и активация парасимпатического тонуса.

140 КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С ДЕПРЕССИЕЙ.

Нонка Т. Г. *, Репин А. Н. *, Сергиенко Т. Н. *, Лебедева Е. В. **
*ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск; **ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, Томск, Россия

Цель: изучить особенности клинического течения ИБС у больных хронической ишемической болезнью сердца

(ИБС), перенесших инфаркт миокарда в сочетании с депрессивными расстройствами.

Методы исследования. В исследование было включено 73 больных с хронической ИБС (со стенокардией напряжения II–III функциональных классов), перенесшие острый инфаркт миокарда более 6 месяцев назад. Были сформированы две группы: первая — основная (39 больных ИБС с депрессией) и вторая — группа сравнения (34 больных ИБС без депрессивной симптоматики). Диагноз депрессивное расстройство верифицировался психиатром. Обследование включало: тест шестиминутной ходьбы (ТШХ), велоэргометрия (ВЭМ), холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМЭКГ). Статистический анализ материалов был проведен с использованием пакета прикладных программ «Statistica for Windows ver 6.0» фирмы «Stat Soft, Inc». Данные представлены в виде $M \pm SD$; n (%); Me [25%; 75%].

Результаты. По основным клинико-демографическим характеристикам, по гемодинамическим показателям, уровню холестерина и триглицеридов группы были сопоставимы. Исследованные группы по функциональному классу (ФК) стенокардии напряжения не отличались. Несмотря на это, у пациентов основной группы в сравнении с пациентами контрольной группы значительно чаще развивались ангинозные приступы в течение недели (9 [8;14] vs 6 [5;8] в неделю, $p=0,0001$) и была большая потребность в купировании их нитроглицерином (7 [6;10] таблеток vs 5 [4;5] таблеток в неделю, $p=0,0001$). Больные ИБС в сочетании с депрессивными расстройствами проходили значительно меньшее расстояние при выполнении ТШХ: 350 [250;425] м vs 435 [350–500] м ($p=0,03$). При статистическом анализе данных ВЭМ отмечена тенденция к достоверному различию между основной и группой сравнения: 50 [27,5;75] Вт vs 75 [50;75] Вт ($p=0,06$). В основной группе отмечалась тенденция к существенно меньшему количеству пациентов, имеющих ТФН более 50 Вт, в сравнении с группой сравнения: 8 чел (28,6%) vs 19 чел (65,5%) ($\chi^2=2,84$, $p=0,09$). У пациентов с депрессией в сравнении с пациентами без расстройств психики выявлено значимое снижение всех анализируемых нами показателей variability ритма сердца (BPC): SDNN (95 [86;108] vs 110 [98;127], $p=0,005$), SDANN (77,4 $\pm$ 18,2 vs 91 $\pm$ 16,9, $p=0,003$), SDNNindx (49,1 $\pm$ 15,6 vs 57,0 $\pm$ 14,5, $p=0,04$), rMSSD (29 [23;36] vs 33 [29;45], $p=0,04$), pNN50% (3,9 [2,2;5,4] vs 5,7 [2,9;12], $p=0,02$).

Выводы. Депрессивные расстройства ассоциируются с ухудшением клинического течения ИБС. У больных хронической ИБС в сочетании с депрессией наблюдается более тяжелый функциональный класс стенокардии напряжения, а также снижение толерантности к физической нагрузке. Депрессивные расстройства на фоне ИБС способствуют значительному снижению параметров BPC, что является неблагоприятным прогностическим фактором течения коронарной болезни после перенесенного инфаркта миокарда.

141 ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА С ПОМОЩЬЮ ИМПЛАНТИРУЕМЫХ УСТРОЙСТВ

Попов А. А., Сукманова И. А., Косоухов А. П.,
КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер»; КГБУЗ «Краевая клиническая больница», Барнаул, Россия

Целью исследования явилось изучение частоты нарушений проводимости сердца, требующих коррекции с помощью имплантируемых устройств (электрокардиостимуляторов (ЭКС)).

Материал и методы. В 2011 г в отделении нарушений ритма сердца и ЭКС Алтайского краевого кардиологического диспансера пролечено 370 пациентов с различными формами нарушений ритма и проводимости сердца, у 309 (83,51%) из них определены показания к имплантации ЭКС. Всем пациентам при поступлении проведены динамические записи ЭКГ в 12 отведениях, холтеровское мониторирование ЭКГ

(в некоторых случаях многосуточное до 3 суток) с применением систем «Махаон» и «Астрокард», части больных проводились тесты с помощью методики ЧПЭС — на СССР (нормами считали ВВФСУ менее 1500 мс, КВВФСУ менее 550 мс) и определение точки Венкебаха. Большинство аритмий верифицирована с помощью многосуточного ХМЭКГ.

Результаты. У большинства пациентов основным этиологическим фактором выявленных нарушений ритма и проводимости явилась ХИБС. У большинства пациентов диагностированы АВ блокада 3 степени у 138 (37,30%) и синдром слабости синусового узла (СССУ) у 143 (38,65%) пациентов. АВ блокада 1–2 степени и брадисистолическая форма фибрилляции предсердий диагностированы у 43 (11,62%) и 46 (12,43%) пациентов соответственно. Показания для имплантации ЭКС определены на основании клинических проявлений: жалобы на слабость, головокружение, потери сознания, данных анамнеза, у 56 (18,12%) больных, на основании ЭКГ (регистрация АВ блокады 2–3 степени), у 28 (9,06%), на основании ХМЭКГ (выявление АВ блокады 2–3 степени с продолжительными паузами, СА блокада 2–3 ст с регистрацией пауз более 2000 мс у 204 (66,02%) больных, до 5000 мс у 2-х (0,65%) больных), тестов ЧПЭС у 19 (6,15%) больных. Оказалось, что первично имплантировано 309 ЭКС российского и зарубежного производства следующих типов SSI (ЭКС 554, ЭКС 511, ЭКС 501, Байкал 332), SSIR (ЭКС 560 SR, Altru 20SR), DDD (ЭКС 453 DDD, Байкал DC), DDDR (Байкал DR, Vitatron E60DR). При СА блокадах 2–3 ст имплантировано 111 ЭКС (35,92%) в режимах AAI (R), DDD (R), VVI (R), при АВ блокадах 2 ст — 38 ЭКС (12,29%) в режимах VVI (R), АВ блокаде 3 ст — 130 ЭКС (42,07%) в режимах DDD (R), VVI (R), при брадисистолической форме фибрилляции предсердий — 22 ЭКС (7,12%) в режимах VVI (R).

Таким образом, наиболее часто встречающимися нарушением проводимости сердца является АВ блокада 2–3 ст. и СССУ, как проявление дисфункции синусового узла. Диагностика нарушений проводимости основывается в большей степени на многосуточном ХМЭКГ и тестах по методике ЧПЭС. Чаще всего имплантация ЭКС требуется при АВ блокадах 2–3 степени, что составляет 54,3% первичных имплантаций ЭКС. Оптимальным режимом стимуляции при АВ блокадах с сохраненным предсердным компонентом является DDD (R), при СА блокадах и брадисистолических формах фибрилляции предсердий AAI (R) и VVI (R) соответственно. Имплантация ЭКС не отменяет установленного лечения у больных с ИБС, но играет важную роль, позволяя улучшить качество жизни и прогноз больного.

142 РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, АССОЦИИРОВАННЫМ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Попонина Т. М.¹, Попонина Ю. С.², Гундерина К. И.¹, Глушко Т. В.², Марков В. А.¹

ГБОУ ВПО «СибГМУ Минздравсоцразвития России»¹, ФГУ НИИ кардиологии СО РАМН², Томск, Россия

Цель. Изучить эффективность и безопасность назначения агомелатина (Вальдоксана) у больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ), находящихся на стандартной терапии, страдающих тревожно-депрессивными расстройствами.

Материал и методы. В пилотное рандомизированное сравнительное исследование включены 26 больных с наличием симптомов психической дезадаптации с тревожно-депрессивными расстройствами с ОИМ. Для выявления симптомов психической дезадаптации и оценки выраженности расстройств пациенты были обследованы психиатром с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии, шкалы депрессии Бека, Шихана. Когнитивный статус пациентов обследовался с помощью шкалы Mini — Mental State Examination. Средний возраст больных составил 58,4±1,6 лет. На фоне общепринятой терапии ОИМ пациентам I группы (n=13) был назначен агомелатин (Вальдоксан производства компании Сервье) в дозе 25 мг/сут, пациентам II группы

(n=13) — плацебо. Оценка эффективности лечения больных осуществлялась исходно и через 3 мес. по динамике клинического состояния, толерантности к физической нагрузке (ТФН), данным суточного мониторирования АД и ЭКГ, качества жизни, морфофункциональных параметров сердца.

Результаты. Обе лечебные группы были сопоставимы по клинико-демографическим показателям, а также по базисной терапии ОКС. При анализе морфо-функциональных параметров сердца статистически значимых изменений не было выявлено в обеих лечебных группах. Через 3 мес. в группе Вальдоксана ТФН была статистически значимо выше, чем в группе плацебо. Динамика показателей шкалы ШОКС через 3 месяца отражала статистически значимое улучшение клинического состояния в группе Вальдоксана на 20%, в группе сравнения этот показатель изменился на 9%. На фоне терапии Вальдоксаном сумма баллов по данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии значимо уменьшилась с 11 до 6 баллов (тревога) и с 8,6 до 4,9 баллов (депрессия). В группе плацебо этот показатель в динамике не изменился. При сравнении суммы баллов шкалы Бека в группе Вальдоксана отмечено значимое уменьшение показателей с 23,1 до 18,8 баллов, в группе плацебо показатели остались неизменными. Анализ шкалы самооценки Шихана показал положительную динамику лишь у пациентов, принимающих Вальдоксан: с 40 баллов до 27. В группе плацебо уровень тревоги остался практически неизменным. При анализе динамики показателей плазменного и тромбоцитарного гемостаза статистически значимых различий между группами не было выявлено. Следует отметить отличную переносимость препарата: ни у одного из пациентов, принимавшего Вальдоксан, не было выявлено побочного эффекта.

Выводы. Добавление Вальдоксана к стандартной терапии ОКС приводит к улучшению клинического состояния, психологического статуса и улучшению оценки качества жизни.

143 СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА В ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Попонина Т. М.¹, Попонина Ю. С.²

ГБОУ ВПО «СибГМУ Минздравсоцразвития России»¹, ФГУ НИИ кардиологии СО РАМН², Томск, Россия

Цель: изучить лечебно-диагностические мероприятия и частоту неблагоприятных сердечно-сосудистых осложнений за пятилетний период наблюдения у больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСБПСТ), госпитализированных в терапевтическое и в кардиологическое отделения.

Материал и методы. Исследование было ретроспективным, историческим, когортным путем сплошной выборки историй болезни согласно протоколу. Анализ были подвергнуты 720 историй болезни больных ОКСБПСТ, которые поступили в кардиологическое отделение НИИ кардиологии СО РАМН и в терапевтическое отделение ММЛПУ «Городская больница № 1». Были проанализированы клинические данные, объем обследования и лечения, а также частота серьезных коронарных осложнений: рецидивов стенокардии (РС); смерти; инфаркта миокарда (ИМ) с зубцом Q; реваскуляризации посредством чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) или операции коронарного шунтирования (КШ) на госпитальном этапе и в течение 5 лет наблюдения.

Результаты. В терапевтическом отделении пациентам ОКСБПСТ был выполнен недостаточный объем обследования и лечения. Лабораторный мониторинг АЧТВ был проведен у всех пациентов, леченных нефракционированным гепарином в кардиологическом отделении. Контроль гепаринотерапии в терапевтическом отделении был проведен лишь у 25,1% больных. Более точная оценка степени коронарного риска способствовала значительному снижению частоты ком-

бинации исходов (32%), госпитальной летальности (4%), частоты развития ИМ с зубцом Q (5%) и РС (17%) среди больных ОКСБПСТ в кардиологическом отделении. Высокая частота летальности (9%), ИМ с зубцом Q (10%) среди больных терапевтического отделения может быть обусловлена недостаточной оценкой степени риска, которая определялась практически только на основании жалоб, анамнеза и регистрации ЭКГ. 96% больных ОКСБПСТ кардиологического отделения была проведена велоэргометрия (ВЭМ), тогда как в терапевтическом отделении ВЭМ была проведена лишь 10% больных. Частота проведения КВГ в кардиологическом отделении соответствует уровню Европейских регистров, в то время как больным ОКСБПСТ в терапевтическом отделении КВГ не проводилась. Частота комбинированного критерия оценки к концу первого года составила в группе кардиологического отделения 74%, а в группе больных терапевтического отделения — 91% ($p=0,033$). Через 5 лет наблюдения в исследованных группах частота неблагоприятных коронарных событий возросла в большей степени в группе больных, лечившихся в терапевтическом отделении ($p=0,0073$). Частота назначения двойной антитромбоцитарной терапии, эносапарина пациентам ОКСБПСТ в терапевтическом отделении была равна 0%.

Выводы. Ограниченность возможностей терапевтического стационара не позволяет выполнить объем проводимого обследования и лечения в соответствии с современными требованиями, следствием чего отмечается более высокая частота неблагоприятных исходов.

144 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ КУРЕНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ИБС

Пурьгина М. А., Агеев О. А., Зиновьева О. В.

ГБОУ ВПО СГМА Минздравсоцразвития РФ, Смоленск, Россия

Цель: проанализировать гендерные особенности влияния курения на показатели жесткости сосудистой стенки у пациентов, страдающих ИБС.

Материал и методы: в исследование включено 154 пациента с ИБС (мужчин — 83, женщин — 71), в возрасте от 40 до 60 лет. Средний возраст — $50,1 \pm 10,9$ лет. Индекс массы тела (ИМТ) — $22,3 \pm 3,3$ кг/м². Пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили 76 курящих пациентов с ИБС (мужчин — 41, женщин — 35). Стаж курения — от 10 до 25 лет. Вторую группу составили 78 некурящих пациентов (мужчин — 42, женщин — 36). Исследование проводилось на объемном сфигмографе «VaSera 1000» (Fukuda Denshi, Япония) с определением уровня систолического, диастолического, пульсового АД (САД, ДАД, ПАД) и автоматическим расчетом показателей жесткости сосудистой стенки: сердечно-лодыжечного индекса жесткости (R-CAVI) и сердечно-коленного индекса жесткости (R-kCAVI), индекса аугментации давления на правой руке (R-AI), скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) по сосудам мышечного (B-PWV) и эластического типов (R-PWV). Статистическую обработку полученных данных проводили на компьютере с помощью статистической программы Statistica 6.0.

Результаты. По результатам исследования у курящих пациентов с ИБС отмечено повышение САД на 5,6% у мужчин и 10,3% у женщин, ДАД на 3,1% у мужчин и 3,7% у женщин, ПАД на 6,1% у мужчин и 12,2% ($p<0,05$) у женщин. Курение отрицательно воздействовало на жесткость сосудов эластического типа, существенно увеличивая: сердечно-сосудистый индекс жесткости ($R - CAVI$) на 8,4% у мужчин, и на 12,1% ($p<0,05$) у женщин, сердечно-коленный индекс жесткости ($R-kCAVI$) на 3,8% у мужчин и 11,7% ($p<0,05$) у женщин, СРПВ по сосудам эластического типа ($p<0,05$) на 7,2% у мужчин и на 16,6% ($p<0,05$) у женщин. У курящих мужчин статистически значимо увеличивалась СРПВ по сосудам мышечного типа (B-PWV) на 10,1% ($p<0,05$). У курящих женщин показатели СРПВ по сосудам мышечного

типа (B-PWV) были статистически значимо ($p<0,03$) более выражены, чем у некурящих — 16,2%.

Заключение. Результаты исследования продемонстрировали негативное влияние курения на показатели жесткости сосудистой стенки и артериальное давление, наиболее выраженное у женщин, страдающих ИБС.

145 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST С ПОМОЩЬЮ ПРОВЕДЕНИЯ ОТСРОЧЕННОЙ КОРОНАРОГРАФИИ

Рахеева О. В., Бравкова Е. И., Сукманова И. А.

Алтайский государственный университет, Барнаул, Россия

Цель. Обосновать целесообразность оценки эффективности проведенной тромболитической терапии у больных с ОКСпСТ с помощью отсроченной коронароангиографии.

Материал и методы. В 2011 году в отделении кардиологии Алтайской краевой клинической больницы пролечено 229 пациентов с ОКСпСТ, средний возраст составил $56 \pm 0,5$ лет. Пациенты разделены на 2 группы: в первую вошли 80 (35%) больных, которым на предыдущем этапе проведена ТЛТ, во вторую 149 (65%) больных без ТЛТ. Пациенты были переведены из районных больниц не ранее чем на 5 сутки развития ОКС, при стабилизации состояния. Кроме стандартных лабораторных обследований, всем проводилась Эхо-КГ на аппарате Vivid 7 dimension в М и В доплер-режимах и коронароангиография на аппарате INNOVA 4100 IQ, с последующим, при необходимости, эндоваскулярным лечением.

Результаты и обсуждение. В первой группе раннюю постинфарктную стенокардию имели меньше пациентов, чем во второй (12 (15%) против 53 (35,5%), ($p<0,01$). По числу больных с сердечной недостаточностью соответствующей Killip I и IV, различий между сравниваемыми группами не выявлено, во второй группе преобладают пациенты с Killip III, причем их было достоверно больше ($p<0,01$), чем в первой, пациентов с Killip II было больше в первой группе ($p<0,05$), чем во второй. Нарушения ритма сердца, такие как фибрилляция желудочков и фибрилляция предсердий чаще встречались у пациентов первой группы, чем второй ($p<0,05$) и были обусловлены реперфузионным синдромом, а также ишемией из-за остаточных стенозов инфарктзависимой артерии (ИЗА). По данным Эхо-КГ в группе больных без ТЛТ выявлен больший размер ЛП ($p<0,05$), по КДР и ФВ различий между группами не выявлено. У пациентов обеих групп одинаково часто диагностированы локальные нарушения сократимости ЛЖ. Более четырех зон гипокинезов ЛЖ выявлено у большего числа пациентов первой группы (40 (56,0%)), чем второй 73 (56,5%), ($p<0,05$). Частота тромбоза и аневризм ЛЖ оказалась достоверно выше у больных без тромболитической терапии. Оклюзии ИЗА достоверно чаще встречались во второй группе больных 61 (40%), ($p<0,01$), чем в первой — 21 (26%). Гемодинамически значимые (более 80%) остаточные стенозы ИЗА в группе после ТЛТ выявлены у 43 (53,7%) больных. Оклюзии ИЗА артерий после ТЛТ выявлены у 19 (24%) больных. У 38 (47,5%) пациентов первой группы с гемодинамически значимыми стенозами отсутствовала клиника ранней постинфарктной стенокардии и ХСН, но имелось снижение ФВ и зоны гипокинеза по Эхо-КГ. Баллонная ангиопластика со стентированием выполнена 36 (45%) больным первой группы, что привело электрической стабилизации миокарда и замедлению ремоделирования ЛЖ.

Выводы. Большинству больных с ОКСпСТ, независимо от использования первичной ТЛТ для реваскуляризации миокарда, рекомендуется проведение коронароангиографии для оценки ее эффекта, диагностики остаточных стенозов ИЗА. Коронароангиографию и отсроченные лечебные ЧКВ необходимо проводить как можно в более ранние сроки после развития ОКС, независимо от проведенной ТЛТ, что позволит

улучшить сократительную функцию ЛЖ и дальнейший прогноз больного.

146 ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Рахаева О. В., Сукманова И. А.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Цель: обосновать методы профилактики сердечного ремоделирования у больных с острым инфарктом миокарда.

Материалы и методы: в кардиологическом отделении пролечено за 2011 год 271 больной с ОИМ. 80-ти (29,5%) из них проведен системный тромболитизис на предыдущем этапе лечения. Среди пациентов, которым проведена тромболитическая терапия (ТЛТ) преобладали мужчины 71 (88,7%) в возрасте от 40 лет до 80, средний возраст составил $55,3 \pm 0,9$ лет. У 49 (61%) из 80 больных диагностировали Q инфаркт, а у 31 (38,7%) не Q-инфаркт миокарда. Гипертоническую болезнь имели 53 (66,2%) пациента, причем 3-ю степень АГ — 41 (51,2%) больной, вторую 9 (11%), первую степень АГ — 3 (3,75%) пациента. Большинство больных получали стандартную медикаментозную терапию: аспирин — 78 (97,5%) больных + клопидогрел 70 (87,5%), В-блокаторы — 73 (91%) человека, иАПФ и сартаны получали 73 (91,25%) больных, статины получали все пациенты, в основном (83,7%) — аторвастатин. Часть пациентов получала диуретики — 30 (37,5%). У 31 (38,7%) выявлен ИМ нижней стенки, 20 (25%) имели передне-боковой ИМ, 10 (12,5%) — передний, 7 (8,7%) — задне-боковой. Кроме лабораторных обследований, всем проводилась Эхо-КГ на аппарате Vivid 7 dimension в М и В доплер-режимах и коронароангиография на аппарате INNOVA 4100 IQ, с эндоваскулярным лечением гемодинамически значимого стеноза инфарктзависимой артерии (ИЗА) при необходимости.

Результаты и обсуждение. Больных с ТЛТ без признаков острой сердечной недостаточности (Killip I) было 75 и (93,7%), влажные хрипы в нижней половине легочных полей, III тон, признаки венозной гипертензии в легких наблюдались у 2 (2,5%) пациентов — Killip II, тогда как — кардиогенный шок — Killip IV диагностирован у 3 (3,7%) больных. По данным Эхо-КГ размер ЛП ($41,9 \pm 0,6$) был увеличен, КДР, КСР и ФВ не превышали нормальные значения. У 71 (89%) больного выявлены локальные нарушения сократимости (зоны гипокинеза) ЛЖ, 9 (11,2%) пациентов не имели нарушений сократимости ЛЖ, а 40 (56%) имели более четырех зон гипокинезов. Среднее число зон гипокинезов — $3,2 \pm 0,9$. Тромбы ЛЖ выявлены у 3 (3,75%) а аневризмы у 5 (6,25%) больных. По данным коронароангиографии окклюзия инфарктзависимой артерии (ИЗА) выявлена у 19 (24%) пациентов, значимые стенозы (80% и более) после ТЛТ у 43 (53,7%) больных. В результате реканализация окклюзии ИЗА со стентированием проведена 21 (26%) пациенту после ранее проведенной ТЛТ, 9 (25%) больным проведена БАП и 17 (47%) стентирование гемодинамически значимого стеноза ИЗА, а 10 (12,5%) больным рекомендовано АКШ.

Выводы: У больных с ОИМ тромболитическая терапия, чрескожные коронарные вмешательства и комбинированная медикаментозная терапия являются важными аспектами профилактики постинфарктного сердечного ремоделирования, позволяющими не только улучшить клиническое состояние больного, но и повлиять на дальнейший прогноз.

147 ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Семенова О. Н., Наумова Е. А., Шварц Ю. Г.

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России», кафедра факультетской терапии лечебного факультета, Саратов, Россия

Система ценностных ориентации определяет содержательную сторону направленности личности и составляет

основу ее отношений к окружающему миру, к другим людям, к себе самой, основу мировоззрения и ядро мотивации жизненной активности, основу жизненной концепции и “философии жизни”. Ценностные ориентации как предмет психологического исследования занимают место на пересечении двух больших предметных областей: мотивации, с одной стороны, и мировоззренческих структур сознания, с другой.

Цель: изучить ценностные ориентации и их место в жизни у пациентов с сердечно-сосудистой патологией.

Материал и методы: проводилось анкетирование пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями с середины января по середину февраля 2011 года. Использовалась методика изучения ценностных ориентации М. Рокича, основанная на прямом ранжировании списка ценностей. М. Рокич различает два класса ценностей: терминальные — убеждения в том, что конечная цель индивидуального существования стоит того, чтобы к ней стремиться и инструментальные — убеждения в том, что какой-то образ действий или свойство личности является предпочтительным в любой ситуации. Это деление соответствует традиционному делению на ценности-цели и ценности-средства. Списки ценностных категорий были представлены в алфавитном порядке, и испытуемым предлагалось проставить против каждого обозначения соответствующее ранговое число от 1 до 18, то есть необходимо было разложить по порядку значимости принципы, которыми пациент руководствуется по жизни.

Вначале предъявляется набор терминальных, а затем набор инструментальных ценностей.

Результаты. В опросе согласились принять участие 55 пациентов (15 (27,3%) мужчин и 40 (72,7%) женщин), средний возраст 61 год. Стоит отметить, что пациенты крайне неохотно соглашались на участие в данном исследовании. И только 27 (49,1%) пациентов из согласившихся полностью ранжировали ряд представленных ценностей. Из них 6 (22,3%) мужчин и 21 (77,7%) женщина, средний возраст ответивших составил 54,9 лет. Остальные пациенты не справились с поставленной задачей. Из терминальных ценностей на первом месте 20 (74,9%) пациентов выделяют здоровье. Последнее место из инструментальных ценностей 17 (63%) пациентов оставляют высоким требованиям к жизни и высоким притязаниям. Следует отметить, что возможность творческой деятельности и непримиримость к недостаткам в себе и других занимает промежуточное положение. По остальным ценностям закономерности выявить не удалось.

Выводы. В иерархии ценностей пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы доминирующее положение занимает здоровье. На последнем месте в жизненной позиции остаются высокие запросы. У пациентов, не согласившихся отвечать на вопросы можно предположить наличие противоречивой системы ценностей (или неискренности).

148 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ИЗМЕНЕНИЯ ПРЕССОРНЫХ ФАКТОРОВ У ЛИЦ, РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ТИПАХ

Симоненко В. Б., Лиферов Р. А., Паценко М. Б., Попов А. П., Егоренков М. В., Фисун А. Я.

ФГУ «2 ЦВКГ имени П. В. Мандрыка Минобороны России», Москва; ФГБУ «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России», Москва; филиал № 6 ФГУ «3 ЦВКГ имени А. А. Вишневого Минобороны России», Москва, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) на рабочем месте (АГРМ) является сложной для диагностики, ее «дебют» зачастую проявляется развитием коронарной или церебральной катастрофы.

Цель: изучение показателей артериального давления (АД) при суточном мониторингировании (СМАД), суточных профи-

лей АД (СПАД) активности ренина плазмы (АРП), концентрации альдостерона плазмы (КАП), у больных с АГРМ, работающих в условиях профессионального стресса, при различных поведенческих типах и уровнях тревожности.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 32 больных АГРМ с низким риском (I группа), 67 больных АГРМ с средним (II группа), 24 больных АГРМ с высоким (III группа) и 13 больных АГРМ с очень высоким риском (IV группа), а также 20 лиц контрольной группы. Диагноз АГРМ во всех группах больных устанавливался лишь после проведения СМАД в амбулаторных условиях как минимум дважды. Поведенческий тип «А» был диагностирован у 75 больных, поведенческий тип «В» — у 61 больных.

Результаты. Показано, что у больных в I и II группах вне зависимости от поведенческого типа отмечено преимущественное повышение АРП при нормальных показателях КАП. У больных III и IV групп с поведенческим типом «А» повышение АРП было сопряжено с повышением КАП, при поведенческом типе «В» повышение КАП сочеталось со снижением АРП. При проведении корреляционных сопоставлений выявлены взаимосвязи между степенью «прессорного сдвига» и выраженностью повышения общей, реактивной и личностной тревожности, выраженностью и длительностью гипертензивного синдрома, величинами гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и величиной суточной протеинурии (СП). Одновременно с этим у больных с АГРМ при разнонаправленных «прессорных сдвигах» отмечено изменение показателей СМАД характеризующих «нагрузку давлением». Наряду с этим, также вне зависимости от варианта «прессорного сдвига» происходило и увеличение доли лиц с прогностически неблагоприятными СПАД — non-dippers, over-dippers, night-peakers.

Выводы: у больных с АГРМ вне зависимости от поведенческих типов формируются изменения прессорных факторов, участвующих в сердечно-сосудистом ремоделировании, их выраженность напрямую зависит от категории стратифицированного риска, показателей тревожности и определяет варианты СПАД, степень ГЛЖ и СП.

149 ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, НА ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Сказин Н. В., Погосова Н. В., Байчоров И. Х., Сухарева Т. Ф.
ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель: определить влияние депрессивных расстройств на течение и прогноз ишемической болезни сердца (ИБС) у больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

Материалы и методы. В исследование были включены 209 пациентов перенесших ИМ. Для выявления депрессии применялся опросник Бека и клиническое интервью; через 1 год после включения в исследование у 202 (96,7%) пациентов удалось получить сведения об отдаленных исходах перенесенного ИМ. Был проведен статистический анализ влияния на конечные точки клинически значимой и более выраженной депрессивной симптоматики (ДС) и любой ДС, начиная с минимально выраженной, не достигающей степени выраженности депрессивного расстройства.

Результаты. ДС, начиная с минимально выраженной, повышает вероятность летального исхода в течение года после ИМ почти в 2,5 раза (ОШ=2,44; 95% ДИ 1,06–5,59; $p=0,036$), а вероятность повторного ИМ у этих пациентов выше почти в 4,4 раза (ОШ=4,38; 95% ДИ 1,71–11,22; $p=0,002$). У пациентов с клинически выраженной и более тяжелой ДС вероятность летального исхода повышается ещё больше ОШ=4,37 (95% ДИ 2,12–9,04; $p=0,001$), а вероятность повторного ИМ — более чем в 3 раза (ОШ=3,29 95% ДИ 1,56–6,95; $p=0,002$). Таким образом, степень неблагоприятного влияния депрессивной симптоматики на веро-

ятность летального исхода имеет чёткую зависимость от выраженности симптомов, а влияние на вероятность развития повторного ИМ не имеет подобной зависимости.

Наличие любой ДС повышает вероятность комбинированной конечной точки «летальный исход и/или повторного ИМ» почти в 3 раза (ОШ=2,92; 95% ДИ 1,45–5,89; $p=0,003$), а наличие клинически выраженной или более тяжелой ДС — почти в 4 раза (ОШ=3,88; 95% ДИ 2,04–7,38; $p=0,001$).

Наличие выраженной ДС достоверно связано с меньшей вероятностью оказания больному высокотехнологичной медицинской помощи — конечная точка «коронароангиография и/или баллонная ангиопластика и/или аортокоронарное шунтирование» зарегистрирована реже: ОШ=0,29 (95% ДИ 0,09–0,95; $p=0,041$); для любой ДС эта связь недостоверна ($p=0,124$).

У пациентов с наличием ДС, начиная с минимально выраженной, повышается вероятность повторной кардиологически-обусловленной госпитализации в течение года, исключая плановые госпитализации для проведения вмешательства на коронарных сосудах (ОШ=2,53; 95% ДИ 1,42–4,53; $p=0,002$), у пациентов с выраженной ДС вероятность этого несколько выше (ОШ=2,86; 95% ДИ 1,51–5,39; $p=0,001$). Связь между наличием и выраженностью ДС и вероятностью инсульта в течение годового наблюдения оказалась статистически недостоверной.

Выводы. Депрессивные расстройства ассоциируются с неблагоприятным кардиоваскулярным прогнозом у пациентов, перенесших ИМ.

150 ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЕЛОЭРГОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА

Стаценко М. Е. Болотов Д. В.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Цель. Провести сравнительную оценку показателей велоэргометрии, у больных ХСН I–III ФК, после хирургической реваскуляризации и на фоне консервативной терапии.

Материал и методы. Обследовано 100 мужчин с ХСН, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) давностью от 6 мес. до 1 года. Основная группа ($n=50$) представлена пациентами, которым были выполнены операции реваскуляризации миокарда. Контрольная группа — 50 больных с аналогичными клинико-функциональными параметрами, получавшие только консервативное лечение. Группы исходно были сопоставимы по тяжести ХСН. Функциональные пробы с физической нагрузкой, выполняли на велоэргометре (ВЭМ). Оценивали функциональный класс стенокардии, тип реакции АД на нагрузку. В качестве метода оценки одышки и усталости применяли визуальную аналоговую шкалу Борга.

Результаты. Пороговая мощность была выше в основной группе: $102,7 \pm 25,5$ vs $83,5 \pm 20,84$ ($p > 0,05$). Двойное произведение было также выше у пациентов с ХСН, подвергшихся хирургической реваскуляризации: 184 vs $151,4$ ($p > 0,05$). В основной группе стенокардия ФК IV не была зарегистрирована, тогда как в контрольной частота встречаемости самого высокого ФК коронарной недостаточности составила 2%. В группе больных, консервативного лечения, был выше процент больных с III ФК стенокардии: 28% vs 18% ($p > 0,05$). Более высокий балл шкалы Борга был среди больных ХСН, получавших только медикаментозное лечение: $4,6$ vs $3,2$ ($p > 0,05$). Нормотонический тип реакции АД чаще регистрировался у больных ХСН, после реваскуляризации миокарда: 64% vs 50% ($p < 0,1$). Так же, в основной группе был ниже процент больных с гипертоническим типом реакции АД на нагрузку: 20% vs 38% ($p < 0,1$).

Выводы. Операция по восстановлению коронарного кровообращения приводит к росту толерантности к физической нагрузке и оказывает положительное влияние на динамику артериального давления у больных ХСН во время нагрузочных проб.

151 О ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ВОДИТЕЛЕЙ АВТОМОБИЛЕЙ

Судонина М.Л.

филиал СГУ в г. Нижний Новгород, Нижний Новгород, Россия

Массовость профессиональной группы водителей автомобилей и своеобразие условий их деятельности обусловили необходимость исследований медико-биологических проблем, решение которых позволит наметить эффективные пути повышения безопасности движения и охраны здоровья водителей.

Целью исследования было выявление особенностей изменений гемодинамики у водителей автомобилей.

Для оценки состояния церебральной гемодинамики у 88 водителей большегрузных автомобилей и автобусов проводилась реоэнцефалография, у 94 чел. — офтальмоскопия. Исследование церебральной гемодинамики с помощью реоэнцефалографии позволило установить, что у водителей большегрузных автомобилей по сравнению с водителями автобусов снижено пульсовое кровенаполнение на фоне повышенного тонуса церебральных сосудов всех калибров. Офтальмоскопия выявила у обследованных водителей преобладание спастического типа сосудистых сдвигов, как артерий, так и вен сетчатки. Причем у водителей большегрузных автомобилей ангиопатия сетчатки по спастическому типу встречалась достоверно чаще, чем у водителей автобусов. Это позволяет сделать вывод о том, что в результате воздействия вибрации у водителей автомобилей развиваются изменения мозговой гемодинамики в виде снижения пульсового кровенаполнения на фоне повышения тонуса церебральных сосудов.

При реовазографическом исследовании у водителей большегрузных автомобилей отмечалось снижение кровенаполнения конечностей и повышение тонуса сосудов по сравнению с водителями автобусов. Сравнение количественных параметров РВГ верхних и нижних конечностей позволило выявить большую выраженность этих изменений на руках лишь у водителей большегрузных автомобилей.

Различия сосудистых проявлений объясняются большей вибрационной нагрузкой у водителей большегрузных автомобилей, чем у водителей автобусов.

Таким образом, выявлены гемодинамические нарушения (обусловленные воздействием комбинированной вибрации) как периферического, так и церебрального характера, причём отмечается преимущественная локализация периферических нейро-сосудистых расстройств на верхних конечностях. Эти нарушения требуют своевременных профилактических мероприятий. Учитывая существенные ограничения для водителей автомобилей при использовании лекарственных средств и отказ от лечения из-за существующей в настоящее время социальной ситуации-страха потери рабочего места и неполной денежной компенсации по листку временной нетрудоспособности, целесообразным представляется применение средств ЛФК, не имеющих побочного действия, непосредственно в автотранспортных предприятиях для всех стажированных водителей без предварительных диагностических исследований, требующих организационных и материально-технических затрат. Сочетание разнообразных средств ЛФК должно определяться ведущим сосудистым синдромом.

152 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ, ОСНОВАННОЙ НА МОКСОНИДИНЕ В ОТНОШЕНИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛИНИЧЕСКОГО СТАТУСА И ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА И СОСУДОВ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 1 И 2 СТЕПЕНИ

Тишина Е.В., Мычка В.Б., Саидова М.А.

НИИ Кардиологии им. А.Л. Мясникова, ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» МЗ и СР РФ, Москва, Россия

Цель: оценить эффективности терапии моксонидином в комбинации с блокатором кальциевых каналов амлодипином, тиазидным диуретиком гидрохлортиазидом и иАПФ-налаприлом в отношении показателей клинического статуса и поражения сердца и сосудов у пациентов с метаболическим синдромом (МС) и артериальной гипертонией (АГ) 1 и 2 степени.

Материал и методы: обследовано 60 пациентов с МС и АГ 1 и 2 степени, которые были рандомизированы на 3 группы: пациенты 1 группы получали моксонидин в дозе 0,2–0,4 мг/сут в комбинации с амлодипином 5–10 мг/сут, пациенты 2 группы получали моксонидин 0,2–0,4 мг/сут и гидрохлортиазид 12,5 мг/сут, пациенты 3 группы получали моксонидин 0,2–0,4 мг/сут и эналаприл 10–20 мг/сут. Исходно и через 12 месяцев проводилось определение окружности талии (ОТ), индекса массы тела (ИМТ), суточное мониторирование АД, определение индексированной массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), рассчитывали максимальную скорость в период раннего (Е) и позднего (А) наполнения ЛЖ, их соотношение (Е/А), время замедления раннего диастолического кровотока (DT), проводилось измерение пиковых скоростей Em, Am, отношения Em/Amс помощью метода тканевой миокардиальной доплерографии, рассчитывалось среднее значение для Em и E/Em от фиброзного кольца в области перегородки и от фиброзного кольца в области боковой стенки — Emav и E/Emav, проводилась оценка скорости пульсовой волны (СПВ) на сегменте от нисходящей аорты до бифуркации УЗ методом.

Результаты. В 1 группе (моксонидин+амлодипин) целевого уровня АД достигли 70% пациентов ($p<0,05$), отмечено уменьшение ИММЛЖ на $4,38 \text{ г/м}^2$ ($p>0,05$), DT на 10,6 мс ($p<0,05$), увеличение Е/А на 0,35 ($p<0,05$), амплитуды пика (Emav) на $1,35 \text{ см/с}$ ($p<0,05$), снижение соотношения пиков Е/Emav на 0,81 ($p<0,05$); снижение СПВ на $1,62 \text{ м/с}$ ($p<0,05$). Отмечалось уменьшение ОТ на 1,93 см (нд), ИМТ на $0,67 \text{ кг/м}^2$ ($p<0,05$). Во 2 группе (моксонидин+гидрохлортиазид) отмечалось достижение целевого уровня АД у 40% пациентов, снижение САД на $14,7 \text{ мм.рт.ст.}$ ($p<0,05$), уменьшение ИММЛЖ на $2,78 \text{ г/м}^2$ ($p>0,05$), снижение DT на 9,4 мс ($p<0,05$), увеличение отношения Е/А на 0,11 ($p<0,05$), амплитуды пика Em av на $0,06 \text{ см/с}$ ($p>0,05$), уменьшение соотношения пиков Е/Em av на $0,11 \text{ см/с}$ ($p>0,05$); снижение СПВ на $1,31 \text{ м/с}$ ($p<0,05$), уменьшение ОТ на 2,28 см (нд) и ИМТ на $0,77 \text{ кг/м}^2$ ($p<0,05$). В 3 группе (моксонидин+эналаприл) целевого уровня АД достигли 60% пациентов, отмечалось снижение САД на $21,1 \text{ мм.рт.ст.}$ ($p<0,05$), уменьшение ИММЛЖ на $5,11 \text{ г/м}^2$ ($p<0,05$), DT на 9,2 мс ($p>0,05$). Отмечено увеличение Е/А на 0,09 ($p>0,05$), амплитуды пика Em av на $0,28 \text{ см/с}$ ($p<0,05$), снижение соотношения пиков Е/Emav на 0,2 ($p>0,05$); снижение СПВ на $1,07 \text{ м/с}$ ($p<0,05$), уменьшение ОТ на $1,76 \text{ см}$ ($p<0,05$), ИМТ на $0,49 \text{ кг/м}^2$ ($p<0,05$).

Выводы. Лечение пациентов с МС и АГ 1 и 2 степени привело к улучшению клинического статуса: во всех трех группах отмечено достоверное уменьшение ИМТ, в группе моксонидина и эналаприла достоверное уменьшение ОТ. Все три комбинации продемонстрировали удовлетворительный

антигипертензивный эффект наиболее выраженный на фоне терапии комбинации моксонидина с амлодипином. Диастолическая функция улучшалась в большей степени в 1 группе пациентов, ИММЛЖ снижалась в 3 группе. Терапия моксонидином в комбинации самлодипином, гидрохлортиазидом и эналаприлом благоприятно отобразилась на показателях ригидности аорты.

153 СУТОЧНАЯ ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫХ ЖЕНЩИН НА ФОНЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Толстов С.Н.¹, Мычка В.Б.², Салов И.А.¹, Кириллова М.Ю.²

¹ ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ» Росздрава, Саратов;
² ИКК им. А.Л. Мясникова, ФГУ РКНПК Росмедтехнологий, Москва, Россия

Целью работы явилось изучение влияния ЗГТ, включающей 1 мг 17 β -эстрадиола и 2 мг дроспиренона (Анжелик) на суточную динамику АД и структурно-функциональное состояние сосудистой стенки у женщин в ранней постменопаузе.

Материал и методы. Обследовано 48 пациенток в ранней постменопаузе с климактерическим синдромом, имеющих показания для назначения ЗГТ. Активную группу составили 26 пациенток с естественной менопаузой и проводимой ЗГТ, в группу контроля вошло 22 пациентки, не получавшие ЗГТ. Исходных достоверных отличий между группами по изучаемым показателям обнаружено не было. Средний возраст женщин активной группы составил 53,5 (50;55) лет и 54,4 (50–56) лет в группе контроля. Частота встречаемости МС составила 58% у женщин обеих групп. СМАД исследовали при помощи аппарата МнСДП-2 (Россия). Выполнялось ЭхоКГ с определением аортальной скорости распространения пульсовой волны (аоСРПВ) на отрезке от дуги аорты до ее бифуркации. Функционального состояния эндотелия оценивалось неинвазивным методом с определением эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) плечевой артерии в пробе с реактивной гиперемией (РГ). Для оценки ремоделирования крупных эластических артерий вычисляли ТИМ ОСА.

Результаты. Отмечено позитивное влияние ЗГТ препаратом «Анжелик» на суточную динамику АД и структурно-функциональное состояние сосудистой стенки. У женщин на фоне ЗГТ с исходным уровнем среднесуточного САД ≤ 130 мм рт.ст. ($n=14$) в течение всего периода терапии изменений САД выявлено не было ($115,9 \pm 6,6$ мм рт.ст. исходно и $113,8 \pm 6,2$ мм рт.ст. к окончанию исследования). У женщин с исходным САД ≥ 130 мм рт.ст. ($n=9$) этот показатель снизился с $140,0 \pm 6,8$ мм рт.ст. до $120,0 \pm 8,7$ мм рт.ст. ($p < 0,001$). У женщин с исходным среднесуточным ДАД ≤ 80 мм рт.ст. ($n=15$) на фоне ЗГТ достоверных изменения ДАД зарегистрировано не было ($73,1 \pm 3,6$ мм рт.ст. исходно и $71,2 \pm 4,1$ мм рт.ст. к окончанию терапии). У женщин с исходным ДАД ≥ 80 мм рт.ст. ($n=8$) отмечено снижение ДАД с $85,7 \pm 5,1$ мм рт.ст. до $71,1 \pm 3,7$ мм рт.ст. ($p < 0,001$). К окончанию исследования у женщин на фоне ЗГТ отмечено достоверное снижение аоСРПВ с $6,9 \pm 1,1$ до $6,1 \pm 1,0$ м/с ($p < 0,01$) и отсутствие динамики в группе контроля $-7,1 \pm 1,8$ и $7,0 \pm 1,0$ м/с. Увеличение диаметра плечевой артерии было достоверно меньшее в группе контроля (прирост составил 7,6%) по сравнению с женщинами на фоне ЗГТ (15%, $p < 0,05$). Исходных достоверных отличий в величине ТИМ ОСА выявлено не было. У женщин в группе ЗГТ к окончанию исследования выявлено уменьшение ТИМ ОСА справа на 0,04 мм ($p < 0,01$) и слева на 0,05 мм ($p < 0,05$). В группе контроля отмечена противоположная динамика — увеличение ТИМ ОСА справа и слева к окончанию исследования на 0,05 мм ($p < 0,05$).

Выводы. У женщин в ранней постменопаузе применение комбинированной терапии эстрадиолом и дросперином способствует нормализации суточного профиля АД, повышению упруго-эластических свойств артерий, улучшению структурно-функционального состояния сосудистой стенки.

154 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПОД ВЛИЯНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

Филиппова Т.В., Мельникова Ю.А., Ефремушкин Г.Г., Калинина Е.Н.

ГБОУ ВПО «АГМУ» Минздравсоцразвития России, Барнаул, Россия

Цель: исследовать вариабельность сердечного ритма (ВСР) у больных пожилого и старческого возраста с артериальной гипертензией (АГ) и влияние на нее низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ).

Материал и методы. Исследовано 54 больных АГ в возрасте от 60 до 89 лет (средний возраст $78,4 \pm 0,8$ лет), из них 7 женщин. Изолированная систолическая АГ имела у 32% больных, у остальных — гипертоническая болезнь III стадии. У 82% больных АГ сочеталась с ИБС. У всех была ХСН, средний функциональный класс $2,4 \pm 0,4$. Больные рандомизированы в группы: основная — 34 пациента, получавших НИЛИ в комплексе с медикаментозным лечением, группа сравнения — 20 больных, получавших только фармакопрепараты. В основной группе 22 больных получили 5 сеансов внутривенного лазерного облучения крови и 12 больных — накожное облучение в красном диапазоне на кардиальные зоны Захарьина-Геда. ВСР исследовалась методом холтеровского мониторирования ЭКГ на системе «Кардиотехника» (ИНКАРТ, Санкт-Петербург) в начале и конце курса стационарного лечения с интервалом 20 дней. Проводился временной и спектральный анализ ВСР.

Результаты. Исходно у исследуемых больных выявлено снижение циркадного индекса (ЦИ) ЧСС: $1,1 [1,05; 1,17]$ (медиана [25-й; 75-й процентиля]). У 80% больных выявлено снижение SDNN менее 100 мс, у 72% — снижение SDANN менее 100 мс, у 66% — снижение rMSSD менее 20 мс, у 57% — снижение pNN50 менее 10%. При спектральном анализе у 80% больных выявлено повышение низкочастотного спектра (LF) колебаний ЧСС, у 72% — снижение высокочастотного спектра (HF). Среднее значение показателя вегетативного баланса LF/HF у больных составило $1,7 [1,2; 2,2]$. У 68% больных отсутствовал ночной прирост высокочастотной составляющей ВСР. К концу лечения у больных основной группы снизилась ЧСС ночью на 6% ($p=0,04$), за счет чего наметилась тенденция к увеличению ЦИ ($p=0,07$). У больных, получавших НИЛИ, возросло среднее значение SDNN на 6% ($p=0,04$) и SDANN на 5% ($p=0,03$), имелась тенденция к увеличению rMSSD ($p=0,06$). У пациентов группы сравнения к концу лечения появилась тенденция к возрастанию SDNN ($p=0,06$) и pNN50 ($p=0,07$). Параметры спектрального анализа ВСР в группах исследования к концу лечения достоверно не изменились. У больных основной группы различий динамики ВСР в зависимости от методики воздействия НИЛИ не выявлено.

Выводы.

1. У больных АГ пожилого и старческого возраста выявляется ригидный сердечный ритм со снижением общей ВСР, что свидетельствует о высоком риске внезапной смерти.

2. Снижение ВСР у больных АГ пожилого и старческого возраста характеризуется преобладанием симпатических влияний на сердце как за счет их усиления, так и за счет снижения активности парасимпатической регуляции сердечного ритма.

Включение НИЛИ в комплекс лечения больных АГ пожилого и старческого возраста способствует повышению ВСР и улучшению прогноза пациентов.

155 ОСОБЕННОСТИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У МУЖЧИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Шуленин К. С., Свистов А. С., Бовтюшко П. В., Чумаков А. В., Останин К. С., Омаров Ш. Н.

ФГБОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Оценка и поиск путей повышения эффективности антигипертензивной терапии (АГТ), направленной на снижение осложнений и смертности, является актуальной проблемой здравоохранения.

Цель. Изучить особенности регулярности АГТ у мужчин молодого и среднего возраста, страдающих гипертонической болезнью (ГБ) в зависимости от стадии заболевания.

Материал и методы. Обследовано 202 пациента с ГБ I – III стадии в возрасте от 30 до 59 лет (средний возраст $49,5 \pm 5,4$ лет). Все пациенты нуждались в длительной АГТ, объём которой определялся категорией сердечно-сосудистого риска. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью методов непараметрической статистики ППП «Statistica 6.0».

Результаты. При I стадии заболевания АГТ регулярно проводилась только в 8,11%, при II стадии – в 43,24%, а при III стадии ГБ – в 48,65% случаев. При этом 7,41% больных ГБ III стадией вообще не получали никакого лечения, а у пациентов с I и II стадией заболевания АГТ не проводилась в 40,74% и 51,85% случаев соответственно.

Заключение. У мужчин молодого и среднего возраста, страдающих ГБ, вне зависимости от стадии заболевания, отмечается низкая приверженность к лечению. АГТ не проводится или проводится не регулярно у приблизительно 50% больных с III, 60% со II и 90% с I стадией заболевания. Тем не менее, такая ситуация в целом отражает перспективу повышения эффективности лечения ГБ и профилактики её осложнений, ввиду колоссального резерва увеличения приверженности терапии, особенно на ранних этапах заболевания.

156 ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

И НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Яхонтов Д. А., Орловская Е. В.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель. Оценить эффективность отечественной формы валсартана – препарата валсаторс (Промо-Мед, РФ) в лечении больных АГ с нарушениями пуринового и углеводного обмена

Материал и методы. Обследовано 45 мужчин в возрасте 30–69 лет с АГ I–III степени и гиперурикемией (ГУ). У 27 имелось также нарушение толерантности к глюкозе (НТГ).

На протяжении 12 недель пациенты получали моно-, либо комбинированную терапию АГ с использованием валсаторса 80–160 мг в сутки на фоне назначения статинов и других необходимых препаратов. Оценивались показатели гемодинамики, включая СМАД, биохимические параметры, индекс НОМА, суточная уратурия.

Результаты. Выраженный антигипертензивный эффект валсаторса проявился снижением офисного АД с $161 \pm 8/95 \pm 5$ до $122 \pm 5/76 \pm 4$ мм рт.ст. ($P < 0,001$) и достигнем у 34 (75,6%) пациентов целевого АД. Положительные сдвиги в сфере липидного обмена выражались в снижении общего холестерина с $6,4 \pm 0,1$ до $5,9 \pm 0,1$ ммоль/л ($P < 0,05$) и повышении уровня ХС ЛПВП с $1,2 \pm 0,04$ до $1,4 \pm 0,03$ ммоль/л ($P < 0,05$). Индекс НОМА снизился с $2,6 \pm 0,1$ до $2,2 \pm 0,1$, при этом число лиц с инсулинзистентностью (индекс НОМА $> 2,77$) в процессе лечения уменьшилось с 21 (46,7%) до 14 (31,1%). По данным СМАД достоверно уменьшились среднесуточные значения САД и ДАД, а также показатели индекса измерений и индекса времени САД и ДАД. На 68,8% увеличилось число *dippers*. ЧСС снизилась с 77 ± 2 до 70 ± 1 в мин ($P < 0,05$). Наконец, на 22,2% уменьшилось число лиц с ГУ, а уровень мочевой кислоты снизился с 547 ± 12 до 471 ± 14 мкм/л ($P < 0,01$), притом, что противоподагрические препараты (аллопуринол) принимали лишь 12 пациентов с клиническими проявлениями подагры. Имел тенденцию к повышению показатель суточной уратурии. Число лиц с гиперфильтрацией уменьшилось на 13,4%.

Заключение. Отечественная форма валсартана – препарат валсаторс (Промо-Мед) является эффективным антигипертензивным средством в моно- и комбинированной терапии АГ, обладающим позитивным эффектом на показатели пуринового обмена и инсулинорезистентности, и поэтому может быть рекомендован в лечении больных АГ с гиперурикемией и НТГ.

V. РЕАБИЛИТАЦИЯ

157 МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ПО ДАННЫМ РЕГИОНАЛЬНОГО РЕГИСТРА)

Андреева И. А., Урванцева И. А., Милованова Е. В., Саламатина Л. В.

БУ ХМАО-Югры Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут, Россия

Регистры – общепризнанный, практически обязательный, компонент изучения и совершенствования медицинской помощи населению.

Цель. Проанализировать объём проводимого медикаментозного лечения больных с ОКС, поступивших в 2011 году в инвазивный стационар Ханты-Мансийского автономного округа-Югры ОКД «ЦД и ССХ».

Материал и методы. ОКД «ЦД и ССХ» города Сургута принимает участие в Федеральном регистре больных с ОКС с 01.10.2009 года. В регистр включаются пациенты в соответствии с требованиями включения/исключения разработчиков проекта.

Результаты. В 2011 году в ОКД «ЦД и ССХ» поступил 251 пациент с ОКС, из них 206 (82,1%) – с ОКС с подъемом ST (ОКСпST), 18 (7,2%) – с ОКС без подъема ST (ОКСбпST) и 27 (10,7%) – с нестабильной стенокардией. Из всех больных с ОКС антиагреганты получили 87,3%. Антиагреганты (аспирин и клопидогрель) были использованы в лечении 97,6% пациентов с ОКСпST и 100,0% больных с ОКСбпST. Из всех больных с ОКС антикоагулянты применялись у 86,5%. Среди больных с ОКСпST антикоагулянты получили 98,5%, а среди пациентов с ОКСбпST – 77,8%. Бета-блокаторы вошли в схему лечения 86,1% больных с ОКС. Среди пациентов с ОКСпST бета-блокаторы получили 96,1%, среди больных с ОКСбпST – 100%. Статины были использованы у 74,5% больных с ОКС. Из пациентов с ОКСпST статины получили 87,4%, с ОКСбпST – 38,9%. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II применены в лечении 96,6% больных с ОКСпST и 72,2% больных с ОКСбпST. Таким образом ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II получили 84,5% пациентов, поступивших в стационар с ОКС.

Выводы. Среди всех пациентов с ОКС (251 чел.), пролеченных в ОКД «ЦД и ССХ» в 2011 году, антиагреганты получили 87,3%, антикоагулянты – 86,5%, бета-блокаторы – 86,1%, статины – 74,5%, ингибиторы АПФ или антагонисты

рецепторов к ангиотензину II — 84,5%. Медикаментозное лечение больных с ОКС в ОКД «ЦД и ССХ» соответствует современным стандартам.

158 ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА В БАССЕЙНЕ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Бадтиева В. А., Турова Е. М., Стяжкина Е. М., Кузовкова Е. Д.
ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Минздравсоцразвития РФ, Москва, Россия

Цель исследования: оценка эффективности использования лечебной гимнастики (ЛГ) в бассейне в лечении пациентов с МС.

Материал и методы: клинические наблюдения и исследования были проведены у 60 больных МС с проявлениями артериальной гипертензии.

Для решения поставленных задач, помимо общеклинического обследования проводили оценку суточного мониторирования АД, вариабельности сердечного ритма, психологического статуса: тесты САН («Самочувствие-Активность-Настроение»), тест для оценки уровня тревожности Спилберга (STAI).

В соответствии с поставленными задачами 60 больных МС методом случайной выборки были разделены на 2 группы по 30 человек: 1-ая группа являлась контрольной — пациенты соблюдали гипокалорийную диету; во 2-й (основная) — наряду с диетой применяли ЛГ в бассейне.

Результаты. ЛГ в бассейне в комплексе с ограничениями в диете способствовала уменьшению массы тела ($p < 0,05$), признаков абдоминального ожирения ($p < 0,01$). У больных контрольной группы при снижении суточного калоража отмечалось достоверное снижение массы тела ($p < 0,05$), но менее выраженное, чем при комбинированном лечении.

По данным суточного мониторирования АД получена отчетливая положительная динамика в виде статистически значимого снижения среднесуточного как САД (с $147,7 \pm 4,4$ мм рт.ст до $134,3 \pm 4,1$ мм рт.ст $p < 0,05$), так и ДАД (с $89,8 \pm 3,8$ мм рт.ст до $77,5 \pm 2,9$ мм рт.ст, $p < 0,05$). При анализе показателя вариабельности АД отмечено нормализующее влияние на вариабельность САД и ДАД за сутки и в дневное время ($p < 0,05$).

Применение ЛГ в бассейне на фоне снижения суточного калоража способствовало нормализации показателей вариабельности ритма сердца, увеличению общей мощности спектра с $2855,4 \pm 283$, мс² до $4102,1 \pm 186,1$ мс², $p < 0,01$), что характеризует усиление суммарной активности нейрогуморальных влияний на сердечный ритм. Отмечено усиление парасимпатической активности (статистически значимое увеличение вклада HF) и снижение индекса напряженности регуляторных систем (ИН) с $141,6 \pm 24,26$ уед. до $50,6 \pm 21,8$ уед. ($p < 0,05$). В контрольной группе наблюдалось достоверное снижение лишь индекса напряженности (ИН) с $144,6 \pm 30,7$ до $81,88 \pm 21,6$, $p < 0,05$.

По данным психологического тестирования отмечено снижение личностной тревожности и реактивной тревоги (тест STAI), повышение самочувствия и активности (тест САН) в группе с использованием ФТ в бассейне.

Выводы: Лечебная гимнастика в бассейне у больных МС являются эффективным методом лечения, способствующим снижению массы тела, гипотензивному эффекту, усилению активности парасимпатической нервной системы, улучшению качества жизни больных

159 ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ХАТХА-ЙОГИ НА ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА КАК ВОЗМОЖНЫЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Богданова О. Ю., Ахильгова З. С.
ГОУ ВПО «Тульский государственный университет», Тула, Россия

Для современного человека йога — это система методов работы с телом и сознанием. В нашем ВУЗе во время обяза-

тельных занятий по физической культуре на 1 и 2 курсах у студентов основной медицинской группы применялась методика: сочетание средств ОФП с элементами хатха-йоги. Так как влияние йоги на системы организма представляется малоизученным, целью данного исследования явилось изучение динамики влияния занятий хатха-йогой на особенности вегетативного тонуса и его регуляции.

В группу анализа были включены 26 девушек 17–18 лет. Все они были обследованы на кафедре ПВБ в динамике: первый раз — весной 2010 года (в конце 1 курса), второй — весной 2011 этого года. Обследование включало в себя математический анализ ритма сердца (5-минутная запись в положении сидя и в ортостазе).

Результаты. Анализ ЭКГ показал, что в начале исследования у 42,3% студентов (1 группа) на ЭКГ отклонений от нормы не обнаружено, у 38,5% (2 группа) наблюдалось нарушение процессов реполяризации (у 3-I ст., 4-II ст., 2-III ст.), и у 19,2% (3 группа) была повышена электрическая активность правого предсердия, что свидетельствует о нарушении диастолы и повышении психоэмоциональной напряженности. После занятий группа нормы достоверно возросла до 53,8%, а процент девушек с нарушением процессов реполяризации снизился до 34,6%. Можно предположить, что у части студентов оптимизировалась функция правого предсердия, о чем свидетельствует уменьшение процента девушек с ее повышением до 11,6%. Динамика ЧСС показала, что у девушек 2 и 3 групп при повторном исследовании прослеживается тенденция к улучшению показателей ЧСС в клиностазе и ортостазе. Так, если в 2010 году в этих группах ЧСС превышала 100 ударов в минуту в положении лежа, и достигала 120 ударов в минуту в ортостазе, то в 2011 году она достоверно снизилась ЧСС в положении лежа, приблизившись к нормальным значениям, а реакция на ортостаз стала более экономной, что отражает снижение ЧСС со 120 до 100 ударов в минуту. Спектральный анализ вариабельности сердечного ритма показал, что общая мощность спектра (TP) возросла у подавляющего большинства девушек во всех трех группах. Также достоверно возросла абсолютная мощность высокочастотной составляющей спектра (HF) в среднем с 2542 до 3027 мс². Были выявлены изменения и данных вариационной пульсометрии во всех трех группах: уменьшение АМО менее 40% и удлинение ΔRR более 0,1 секунды ($P = 0,03$). Это свидетельствует о преобладании парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, что характерно для лиц, занимающихся физической культурой.

Выводы. Таким образом, оптимизировалась биоэлектрическая активность миокарда; у подавляющего числа студентов снизилась ЧСС как в положении сидя, так и в ортостазе; у девушек возросла активность парасимпатикотонического отдела вегетативной нервной системы, что подтверждают данные спектрального анализа. В связи с положительным влиянием применяемой методики, она может быть использована как один из методов профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

160 НЕЙРОАДАПТИВНАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ КАК МЕТОД СЕЗОННОЙ ОПТИМИЗАЦИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Бредихина Е. Ю., Смирнова И. Н.
ФГБУН «Томский НИИ курортологии и физиотерапии ФМБА», Томск, Россия

Исследованиями, проведенными в Томском НИИ курортологии и физиотерапии, установлено, что у больных гипертонической болезнью (ГБ) весенне-летний сезон характеризуется снижением уровня неспецифической резистентности организма, опосредованным активацией процессов перекисного окисления липидов, стимуляцией секреции кортизола, формированием иммунодефицитных состояний и очевидным

ухудшением психологического статуса. Обнаружено, что выявленные особенности в указанные временные промежутки года снижают эффективность лечения больных ГБ. Одним из вариантов повышения резистентности организма является использование лечебных физических факторов низкой мощности, в частности, СКЭНАР-терапии (самоконтролируемой энергонейроадаптивной регуляции), представляющей собой разновидность низкочастотной электроимпульсной терапии с БОС.

Целью настоящего исследования являлась разработка методов сезонной оптимизации санаторно-курортного лечения больных ГБ путем включения в лечебный комплекс СКЭНАР-терапии. Исследования выполнены у 104 больных, в комплекс лечения включались 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 и нарушений антиоксидантной защиты, улучшение показателей психологического статуса. Гипотензивное действие по данным измерения офисного АД было более выраженным в I группе: снижение САД на 18,6% ($p < 0,0001$), ДАД – на 17,8% ($p < 0,0001$); в группе сравнения – САД на 10,2% ($p < 0,01$) и ДАД на 11,2% ($p < 0,01$). Кроме того, по данным СМАД только в I группе отмечалось повышение 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. и нормального типа суточной кривой АД (dipper) на 36%. Лечение с использованием СКЭНАР-терапии приводило к полному купированию нестабильных реакций переактивации и стресса, 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 перекисного окисления липидов: снижение уровня МДА на 33,3%. После лечения отмечалось снижение уровня тревожности по шкале HADS в I группе на 35,4% ($p = 0,0001$), во II – на 23,7% ($p = 0,007$); депрессии – на 30,2% ($p = 0,005$) только в I группе. Оценка астении по шкале MFI-20 выявила в I группе снижение выраженности показателей общей астении на 20,0% ($p = 0,005$), физической астении на 23,6% ($p = 0,006$), психической астении на 28,2% ($p = 0,002$) и пониженной активности на 20,6% ($p = 0,009$), во II группе только снижение общей и физической астении. Таким образом, включение СКЭНАР-терапии в комплекс лечения больных ГБ в весенне-летние месяцы года является патогенетически обоснованным и способствует повышению адаптационного статуса и эффективности восстановительного лечения.

161 КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА: СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИК ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО НЕОАНГИОГЕНЕЗА

Петухова В. В., Вострухова С. В., Шаповаленко Т. В., Лядов К. В.
ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр Минздрава России», Москва, Россия

Пациентам с тяжелыми формами ИБС, системным атеросклерозом, поражением дистальных отделов коронарного русла далеко не всегда удается выполнить хирургическую реваскуляризацию миокарда. Кроме того, в последние годы врачи нередко сталкиваются с рецидивами стенокардии спустя месяцы/годы после успешной реваскуляризации, причем повторное хирургическое вмешательство технически возможно не всегда. В этой связи не ослабевает интерес к методикам регенеративной кардиологии, в частности, усиленной наружной контрпульсации (УНКП) и ударно-волновой терапии (УВТ).

Цель: определить роль УНКП в сочетании с УВТ в реабилитации пациентов с тяжелым поражением коронарных артерий.

Материал и методы. В исследование было включено 32 пациента с ИБС. Критерии включения: гемодинамически значимый стенозирующий коронарный атеросклероз, много-сосудистое поражение (2 и более коронарных артерий), хирургическая реваскуляризация миокарда в анамнезе, стабильная стенокардия 1–3 ФК, невозможность выполнения повторной хирургической реваскуляризации. Критерии исключения: острый коронарный синдром, стенозирование сонных артерий и артерий нижних конечностей более, чем на 50%, выраженные нарушения ритма (частая экстрасистолия, фибрилляция предсердий), ХСН 3–4 ФК по NYHA, высокий риск кровотечения, рецидивирующие подкожные гематомы, наличие тромботических масс в камерах сердца или в аневризме левого желудочка, аневризма сердца с критическим истончением стенки

Перед началом исследования всем пациентам выполнялось ЭКГ, УЗИ нижних конечностей, в начале и конце исследования – ЭХО-КГ, эргоспирометрия, ОЭКТ миокарда с нагрузкой или стресс-ЭХО-КГ. Все пациенты получали терапию согласно международным стандартам медикаментозного лечения включавшую статины, бета-блокаторы, клопидогрель+аспирин, ингибиторы АПФ. Основная группа включала 15 пациентов, контрольная – 17 пациентов. Между группами не было достоверных различий по полу и возрасту, по наличию сопутствующих заболеваний, по медикаментозной терапии.

В основной группе проводилась УНКП (аппарат Vasomedical Lumenair EECР Therapy System) с давлением в манжетах 200–300 мм рт.ст. продолжительность каждой процедуры – 1 час, количество сеансов – 35, в сочетании с УВТ (аппарат Cardiospec), 3 раза в неделю, каждые 2 недели, всего 9 сеансов. В контрольной группе проводилась только УНКП. Продолжительность курса также составляла 35 процедур.

Результаты: в обеих группах имело место повышение толерантности к физической нагрузке, однако эти изменения были более выражены в группе УНКП+УВТ. Пиковое потребление кислорода выросло на 23,2%, а в контрольной группе на 18,4% по сравнению с исходным, $p \leq 0,05$. КДР ЛЖ уменьшился в основной группе на $4,0 \pm 0,23\%$, в контрольной группе – на $3,3 \pm 0,37\%$, $p \leq 0,05$. Фракция выброса увеличилась в основной группе на $9,7 \pm 0,18\%$, в контрольной группе на $8,9 \pm 0,26\%$, $p > 0,1$. Уменьшение зоны сниженного накопления РПФ при нагрузке по данным ОЭКТ миокарда составило 18,4% в основной группе и 12,6% в контрольной группе, $p \leq 0,05$. Указанные положительные результаты стойко сохранялись на протяжении 3 месяцев по окончании курса.

Выводы. Сочетание УНКП и УВТ является оптимальной методикой для неинвазивной реваскуляризации миокарда. В то же время продолжительность стойкого эффекта от курса сочетанной неинвазивной реваскуляризации, равно как частота и периодичность повторных курсов лечения требуют дальнейшего изучения.

162 МЕТОДИКА PИLATES В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Вострухова С. В., Шаповаленко Т. В., Лядов К. В.
ФГБУ «ЛРЦ Минздрава России», Москва, Россия

Согласно многочисленным исследованиям регулярные циклические тренировки значительно улучшают прогноз пациентов с ИБС и повышают качество их жизни. В то же время, пациенты, страдающие ИБС, нередко ограничивают физические нагрузки, опасаясь боли в грудной клетке. Таким образом, пациенты с заболеваниями сердца в большинстве своем остаются в стороне от активной профилактики и лечения методиками ЛФК. Классические методики ЛФК, применяемые для больных ИБС, не включают укрепление и разра-

ботку мышц-стабилизаторов, удерживающих осанку, обеспечивающих гибкость и стабильность позвоночника. Пилатес минимально воздействует на гемодинамику (по сравнению с плаванием), в нем нет длительной статической нагрузки (по сравнению с йогой), что позволило выбрать именно эту методику для адаптации ее к нуждам больных ИБС.

Цель: оценить эффективность Пилатеса в сочетании с циклическими тренировками в реабилитации пациентов с ИБС.

Материал и методы. В исследование было включено 57 пациентов со стабильными формами ИБС. Критерии включения: стабильная стенокардия 1–3 ФК, ПИКС; Критерии исключения: острый коронарный синдром, ХСН 3–4 ФК по NYHA. Перед началом исследования всем пациентам выполнялось ЭКГ, Эхо-КГ, УЗДАС нижних конечностей, эргоспирометрия.

Все пациенты получали терапию согласно международным стандартам медикаментозного лечения. Основная группа включала 28 пациентов, контрольная – 29 пациентов. Между группами не было достоверных различий.

В основной группе проводились индивидуальные тренировки по методу Pilates в сочетании с циклическими тренировками. В контрольной группе проводились только циклические тренировки. Продолжительность курса в обеих группах составляла 25 процедур. Контроль эффективности реабилитационных мероприятий осуществлялся посредством проведения эргоспирометрии по завершении курса. С целью оценки динамики качества жизни пациенты заполняли опросник SF-36 до и после курса реабилитации.

Результаты: в обеих группах имело место повышение толерантности к физической нагрузке, (выполненная нагрузка увеличилась в среднем на $2,1 \pm 0,8$ МЕТ в основной группе vs $1,9 \pm 0,9$ МЕТ в контрольной группе, p более 0,05). В основной группе отмечена достоверно лучшая динамика качества жизни по шкалам «физическое функционирование» (на 20 баллов vs 12 баллов в основной группе, $p < 0,05$), «физическая боль» (на 18 vs 6 баллов, $p < 0,05$), «общее здоровье» (на 23 vs 12 баллов, $p < 0,05$) и «жизнеспособность» (19 vs 9 баллов, $p < 0,05$).

Выводы: Сочетание пилатеса и циклических тренировок является перспективной методикой для реабилитации пациентов со стабильными формами ИБС, улучшающей физическое функционирование и общее здоровье пациентов.

163 ОПТИМИЗАЦИЯ КАРДИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ АНЕВРИЗМОЙ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ В ПРЕД- И РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Джалилова Д. А., Гайдукова Н. И., Потешкина Н. Г., Хамитов Ф. Ф.

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

Известно, что стресс, связанный с хирургическим вмешательством и анестезией, вызывает ряд процессов, отрицательно влияющих на коронарный кровоток, и может привести к такому грозному осложнению, как послеоперационный инфаркт миокарда. Стратегия снижения риска осложнений включает оптимизацию кардиотропной терапии и контроль клинических показателей.

Цель. Оптимизировать кардиотропную терапию у больных с аневризмой брюшной аорты (АБА) атеросклеротического генеза в пред- и раннем послеоперационном периоде.

Материал и методы: в исследование вошли 95 больных с достоверно установленным диагнозом АБА атеросклеротического генеза. Из них 87 мужчин и 8 женщин в возрасте от 50 до 84 лет (средний возраст составлял $67,6 \pm 7,1$ г.). Всем проводилось комплексное клинично-инструментальное обследование, включающее УЗИ брюшной полости, ЭКГ и ЭхоКГ, стресс-ЭхоКГ, мониторинг ЭКГ по Холтеру, контроль АД, биохимических показателей. Больные были распределе-

ны на 3 группы: в 1 группу вошли 30 больных, получавших бета-блокаторы и ингибиторы АПФ (ИАПФ). 2 группу составили 30 больных, получавших антагонисты кальция плюс ИАПФ, 3 группу – 35 больных, получавших традиционную терапию, включающую ИАПФ. Терапия проводилась в течение 10–12 дней до оперативного вмешательства и после. Сформированные группы сопоставимы по полу, возрасту, исходной ЧСС, уровню артериального давления, методу оперативного доступа к аорте, дислипидемии, ($p > 0,05$). Все пациенты имели несколько факторов риска развития ССО. В I группе достоверно преобладали следующие заболевания: стенокардия напряжения II и III фк – 16 (53,3%) и 6 (20%) больных соответственно, безболевая ишемия миокарда у 5 (16,7%), ($p = 0,0425$); инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе у 16 (53,3%), ($p = 0,008$); недостаточность кровообращения (НК) II фк (NYHA) у 25 (83,3%), и III фк у 2 (6,7%) больных, ($p = 0,004$). Гипертоническая болезнь с ГЛЖ у 20 (66,7%), межгрупповое различие по данному признаку было недостоверным ($p = 0,0702$), в 2 и 3 группе у 12 (40%) и 15 (42,9%) соответственно. У больных 2 группы диагностирована стенокардия напряжения II фк у 11 (36,7%) и III фк у 4 (13,3%); ИМ в анамнезе у 5 (16,7%); НК II фк (NYHA) у 17 (56,7%) больных. В 3 группе у 14 (40%) и 5 (14,3%) стенокардия напряжения II фк и III фк соответственно, ИМ в анамнезе у 10 (28,57%); НК II фк у 17 (48,6%), и III фк у 2 (5,7%) больных. Положительные результаты стресс ЭхоКГ у больных 1, 2 и 3 групп в 16 (61,5%), 8 (28,6%) и 16 (48,5%) случаях соответственно, ($p = 0,0455$).

Результаты: назначение хрононегативной терапии считается патогенетически обоснованной, поскольку тахикардия в раннем послеоперационном периоде – один из факторов, определяющих высокую потребность миокарда в кислороде и развития ишемии миокарда. В 1 группе после 7 дней терапии среднее ЧСС снизилось на $14,14 \pm 5,82$ уд/мин и составило $67,46 \pm 6,47$ уд/мин ($p = 0,0001$), в раннем послеоперационном периоде – $77,57 \pm 9,79$ уд/мин ($p = 0,0164$). Во 2 группе среднее ЧСС уменьшилось на $14,07 \pm 9,09$ уд/мин и составило $68,4 \pm 4,31$ уд/мин ($p = 0,0013$), и $83,47 \pm 11,52$ уд/мин ($p = 0,3053$) после операции. В 3 группе не наблюдалось значимого снижения от исходного значения – $74,4 \pm 7,7$ уд/мин. При изучении такого важного показателя, как уровень артериального давления получено, что антигипертензивная терапия достаточно эффективна во всех группах наблюдений и не имеет явных преимуществ. Различия между группами в динамике этого показателя статистически не значимо ($p = 0,8617$). Фатальные кардиальные осложнения в раннем послеоперационном периоде отмечались у 8 больных. В 1 группе в одном случае 1 (3,33%) развился ИМ с благоприятным исходом. Во 2 группе – 1 (3,33%) нефатальный ИМ, 1 (3,33%) смерть от кардиальных причин – острой сердечной недостаточности (ОСН). В 3 группе – 2 (5,71%) случая ИМ и 3 (8,57%) ОСН с летальным исходом. У всех 8 больных был положительный результат стресс ЭхоКГ.

Выводы: учитывая тип хирургического вмешательства и наличие сердечно-сосудистых факторов риска, высокий риск послеоперационных осложнений, оптимизация кардиотропной терапии снижает развитие послеоперационной ишемии миокарда и ИМ у пациентов. Контролируемое снижение ЧСС коррелирует с меньшим риском развития кардиальных осложнений, что отмечается в 1 и 2 группе наблюдений.

164 ЗАВИСИМОСТЬ ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИИ ОТ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК

Джериева И. С., Волкова Н. И., Ниласов Н. Ю., Моргунов М. Н., Гордиенко А. А., Абушахманова Т. Ф.

ГБОУ ВПО РостГМУ Минздравсоцразвития России, Ростов-на-Дону, Россия

Цель. Оценить зависимость толщины комплекса интима-медиа брахиоцефальных артерий (ИМБА) от регулярных занятий физическими упражнениями.

Методы исследования. Использовались следующие методы исследования: анкетирование и ультразвуковое сканиро-

вание (УЗС) комплекса ИМБА, проведенное на аппарате «PHILIPS HD 11» у 46 мужчин (средний возраст $50,1 \pm 0,8$ лет). Степень физической нагрузки (ФН) оценивалась по данным анкетирования. Под умеренной ФН понимались: ходьба со скоростью ≥ 5 км в час, водная аэробика, велосипедные прогулки со скоростью < 16 км в час, садоводство, теннис, бальные танцы. Под интенсивными ФН понимались: спортивная ходьба, бег, плавание по дорожкам без остановки, теннис (одиночный), поездки на велосипеде со скоростью ≥ 16 км в час, прыжки через скакалку, интенсивная работа в саду (продолжительное вскапывание или прополка), туризм. Исследуемые были распределены на 3 группы в зависимости от толщины стенки левой внутренней сонной артерии (ВСА): в первую (1) группу вошли 17 мужчин с толщиной ВСА 0,5–0,6 мм, во вторую (2) – 17 мужчин с толщиной ВСА 0,7–0,9 мм, в третью (3) – 12 мужчин с толщиной ВСА 1,0–2,4 мм. Критерии исключения из исследования: принадлежность к женскому полу, наличие в анамнезе инфарктов, инсультов, операций на сосудистой стенке. Статистическую обработку данных проводили с использованием программы Ms.Excel2010, результаты оценивали с учетом коэффициентов корреляции Пирсона и критерия Стьюдента.

Результаты. Выявлено, что 23,5% мужчин из 1 группы не занимались регулярно ФН, в то время как среди мужчин из 2 группы не занимались аэробными ФН 41,2%, а из 3 группы – 83,3% мужчин, $r=4,0$. Выявлена связь между степенью аэробной ФН умеренной интенсивности длительностью 150–300 минут в неделю и толщиной сосудистой стенки, $r=-0,93$. Среди мужчин из 1 группы 41,2% еженедельно занимались 150–300 минут; 11,8% представителей 2 группы получали такие же ФН и никто (0,0%) из 3 группы не занимался в таком режиме, $r=3,4$. Если же обратиться к данным, касающимся интенсивных аэробных ФН: среди мужчин 1 группы 29,4% затрачивали ≥ 225 минут в неделю на занятия ФН, а во 2 и 3 группах нет таких людей (0,0%), $r=2,7$. Обнаружилась зависимость между кратностью занятий и степенью выраженности АС, $r=0,94$: среди людей, занимающихся 1 раз в неделю и реже, наибольший удельный вес имеют мужчины из 3 группы (75%), на втором месте представители 2 группы (58,8%) и меньше всего (23,5%) мужчин из 1 группы, $r=3,2$. И мы видим обратную картину при анализе данных о мужчинах, занимающихся 4–5 раз в неделю: в 1 группе их количество составило 29,4%, во 2 группе – 17,6%, и 0% – в 3 группе, $r=2,7$.

Выводы. Между толщиной комплекса ИМБА и регулярными аэробными нагрузками имеется сильная обратная корреляционная связь. Таким образом, чем больше времени в неделю, с большей кратностью и с большей интенсивностью заниматься физическими упражнениями, тем дольше сосудистая стенка остается тонкой, то есть замедляется развитие АС и отсрочивается наступление клиники

165 ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАЗНАЧЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ИЗМЕНЕНИЮ ОБРАЗА ЖИЗНИ ВРАЧАМИ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Каулина Е. М.

Филиал ФГБОУ ВПО «Сочинский государственный университет», Нижний Новгород, Россия

Цель: оценка влияния проводимых врачами амбулаторного звена мероприятий по изменению образа жизни (ИОЖ) на частоту кардио-цереброваскулярных осложнений у наблюдаемых ими больных артериальной гипертонией (АГ).

Методы исследования: в исследование было включено 200 больных АГ и 20 врачей. Длительность исследования – 10 лет. В ГВВ (группа вмешательства) вошло 10 врачей; распределение по возрасту: моложе 30 лет – 10%, 30–39 лет – 20%, 40–49 лет – 60%, 60 лет и старше – 10%; средний стаж работы – 11,2 года. Было отобрано 100 амбулаторных карт (АК) больных АГ: 37% мужчин, 63% женщин, средний возраст

68,8 года. В ГСВ (группа сравнения) – 10 врачей; возраст: 30–39 лет – 10%, 40–49 лет – 60%, 50–59 лет – 20%, 60 лет и старше – 10%; средний стаж работы – 13,4 года. Отобрано 100 АК больных АГ: 28% мужчин, 72% женщин, средний возраст 70,2 года.

Результаты. При проведении корреляционного анализа установлена тесная связь между теоретическим уровнем приверженности и уровнем приверженности в реальной практике у врачей ГВВ к назначению мероприятий по изменению образа жизни (ИОЖ) ($r=0,84$, $p<0,05$). Определена слабая связь по данному параметру в ГСВ ($r=0,42$, $p>0,05$). Выявлены достоверные расхождения по назначению мероприятий ИОЖ врачами ГВВ по сравнению с врачами ГСВ: по рекомендациям расширения двигательного режима ($p<0,05$), по рекомендации модификации диеты ($p<0,05$), по рекомендациям ограничения алкоголя ($p<0,05$), и тенденция к увеличению частоты рекомендаций по отказу от курения ($p>0,05$). Корреляционный анализ уровня приверженности врачей ГВВ к назначению мероприятий по ИОЖ выявил достоверную значимую связь между рекомендацией изменений двигательного режима и рекомендацией модификации диеты ($r=0,71$, $p<0,05$).

По группам ГВВ и ГСВ за период исследования было зарегистрировано фатальных осложнений: ГВВ цереброваскулярные осложнения – 15 случаев (65,2% от всех зарегистрированных конечных точек); кардиоваскулярные – 8 (34,8%). В ГСВ было зарегистрировано: цереброваскулярные осложнения – 31 случаев (73,8% от всех зарегистрированных конечных точек); кардиоваскулярные – 11 (26,2%).

Была выявлена в ГВВ тесная обратная связь между уровнем приверженности врачей к назначению мероприятий по ИОЖ и фатальными кардио-цереброваскулярными осложнениями у больных АГ ($r=-0,61$, $p<0,05$). В ГСВ определена значимая обратная связь между уровнем приверженности врачей к назначению мероприятий по ИОЖ ($r=-0,5$, $p>0,05$) и фатальными кардио-цереброваскулярными осложнениями у больных АГ, наблюдаемых врачами данной группы ($r=-0,86$, $p<0,05$).

Выводы: выявлена значимая связь между частотой назначения врачами амбулаторного звена мероприятий по ИОЖ и частотой кардио-цереброваскулярных осложнений у наблюдаемых ими больных АГ.

166 ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРОМ

Коршунов В. В.

Центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии ГБУ РО «РОКБ», Ростов-на-Дону, Россия

Цель: оценка и анализ преимуществ постоянной альтернативной правожелудочковой электрокардиостимуляции в сравнении с апикальной ЭКС в клинической практике у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

Материал и методы: альтернативные зоны позиционирования правожелудочкового электрода для постоянной ЭКС предприняты у 35 пациентов с нарушениями атриовентрикулярного проведения возраста 48–72 лет. Биполярные эндокардиальные электроды активной фиксации традиционным доступом слева вводились с помощью специального изогнутого стилета и доставляющей системы. Под контролем рентгеноскопии дистальный полюс размещался и фиксировался в проекции проводящей системы сердца. Размещение электрода в парасистольной области выполнено 12 пациентам с постоянной брадиформой фибрилляции предсердий (ФП), 8 пациентам с постоянной тахиформой ФП в сочетании с радиочастотной аблацией АВ-соединения, а также 15 больным с АВ-блокадой II–III степени. Режимы ЭКС: VVIR, DDD, DDDR, DVI, DDDR LV. Контрольную группу составили 70 пациентов с апикальной стимуляцией.

Результаты. За время наблюдения пациентов при стимуляции парасимпатической области средняя продолжительность QRS комплекса равнялась 124 ± 28 мс, что было меньше длительности QRS при апикальной стимуляции ПЖ (168 ± 24 мс) и больше исходного QRS (91 ± 33 мс). Порог стимуляции в парасимпатической области у всех пациентов был менее 1 В и в среднем составил $0,8 \pm 0,3$ В при длительности импульса 0,5 мс, в течение недели после имплантации оставался низким, через 6 месяцев в среднем составил $1,0 \pm 0,6$ В. Через 12–24 месяцев в среднем составил $0,95 \pm 0,5$ В. Импеданс составил 580 ± 105 Ом. Эхокардиографическое исследование проводилось всем пациентам после имплантации, через 6, 12 и 24 месяцев. Сравнивались сократительная функция ЛЖ при апикальной и парасимпатической стимуляции. Межжелудочковая задержка в группе апикальной стимуляцией была существенно выше в сравнении с группой альтернативной стимуляции ($47,2 \pm 19,2$ мс и $34,2 \pm 18,4$ мс соответственно). Различия в ФВ были незначительными и составили $50,4 \pm 8,2\%$ при апикальной стимуляции и $53,1 \pm 8,1\%$ в случае альтернативной стимуляции.

Выводы: в среднеотдаленном периоде постоянная ЭКС с парасимпатическим позиционированием правожелудочкового электрода является предпочтительной альтернативой апикальной стимуляции у пациентов с хронической сердечной недостаточностью. При наблюдении за пациентами в течение 12–24 месяцев установлено, что пороги захвата и чувствительности при парасимпатической и апикальной стимуляции ПЖ сопоставимы. При постоянной ЭКС парасимпатической области могут быть получены нормальная морфология комплекса QRS с уменьшением степени межжелудочковой диссинхронии. Все это позволяет рассматривать альтернативную ЭКС парасимпатической области как приоритетный метод физиологической стимуляции у пациентов с признаками левожелудочковой дисфункции и сохранным внутривенным проведением при показаниях к желудочковой ЭКС.

167 НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Лебедева О. Д., Белов А. С., Рыков С. В., Котов С. А., Булатецкая Л. С.

ФГБУ «РНЦ МР и К Минздравсоцразвития России», Москва, Россия

Целью настоящей работы явилось изучение механизмов действия рефлексотерапии (РТ) и физиобальнеотерапии (ФБТ), используя методы функциональной диагностики, у 596 больных ГБ и ИБС в возрасте от 40 до 60 лет, 262 женщины и 334 мужчины. Функциональные методы включали ЭКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ, велоэргометрию, доплероэхокардиографию, психодиагностические (т. Спилберга, САН, Бека) и психофизиологические, лабораторные исследования. Для статистического анализа результатов применяли программу «SPSS-11».

При монотерапии, по результатам факторного анализа, достоверные психокорректирующее действие, гипотензивный эффект в покое и снижение функциональной реактивности ССС при психоэмоциональной нагрузке, улучшение вегетативного обеспечения функции ССС, по данным оценки вариабельности ритма сердца (ВРС), в наибольшей степени по убывающей получены под действием РТ, подводного душа-массажа (ПДМ), контрастных ванн (КВ), хлоридных натриевых ванн (ХНВ); коррекция диастолической функции левого желудочка (ДФЛЖ) и гиперфункции левого предсердия происходила под действием РТ, ХНВ, ПДМ. Регрессия гипертрофии левого желудочка у больных ГБ достигалась в результате длительного (не менее 0,5 года) лечения методом РТ ($p < 0,05$). При комплексном применении изученных факторов бальнеотерапии у больных ГБ и ИБС с магнитолазеротерапией получена достоверно большая, по сравнению с монотерапией, эффективность в отношении улучшения вегетативного обеспечения функции ССС, улучшения показателей ВРС при применении сухих радоновых (СРВ), йодобромных ванн

(ЙБВ), гипотензивного действия в покое при ЙБВ и СРВ, снижения функциональной реактивности ССС при психоэмоциональной нагрузке при приеме ЙБВ; коррекции ДФЛЖ и гиперфункции левого предсердия под действием СРВ, ЙБВ.

Под влиянием курсовой РТ и ФБТ у больных ГБ и ИБС в различной степени происходило улучшение психоэмоционального состояния, функции расслабления миокарда и его систолической функции, уменьшение гиперфункции левого предсердия и желудочков сердца, увеличение коронарного, аэробного и миокардиального резервов, повышение толерантности больных к психоэмоциональным и физическим нагрузкам, реализация гипотензивного, антиишемического, антиаритмического эффектов, нормализация гормонального профиля.

Таким образом, результаты функциональных исследований свидетельствовали о том, что общими механизмами реализации лечебного действия РТ и изученных методов ФБТ у больных ГБ и ИБС явилась коррекция активности РААС, ограничение избыточных симпатергических влияний на сердце за счет мобилизации центральных и локальных стресс-лимитирующих систем, ограничения гипердреналовых воздействий и повышения резистентности к ним сердца и сосудов, улучшение состояния соотношения показателей центральной и периферической гемодинамики со снижением общего периферического сопротивления сосудов, пред- и постнагрузки на сердце, улучшение вегетативной регуляции функции ССС в целом. Реализация этих механизмов оказывает влияние на ключевые механизмы патогенеза АГ и ИБС и обеспечивает коррекцию структурно-функциональных нарушений сердца и получение хорошей клинической эффективности при немедикаментозном лечении этих заболеваний.

168 РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА УРОВНЕ СТАЦИОНАРА

Мураталиев Т. М., Неклюдова Ю. Н., Звенцова В. К., Мухтаренко С. Ю.

Национальный центр кардиологии и терапии имени академика Мирсаида Миррахимова, Бишкек, Кыргызстан

Цель: оценить качество реабилитации больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) на уровне стационара.

Материал и методы: материалом описательного ретроспективного исследования послужили 526 историй болезни пациентов с диагнозом ОИМ, находившихся на стационарном лечении в Национальном центре кардиологии и терапии.

Результаты: из 526 больных (средний возраст $58,1 \pm 11,0$ лет) с ОИМ, мужчин было 393 (74,7%, средний возраст $56,2 \pm 10,7$ лет), женщин – 133 (25,3%, средний возраст $62,0 \pm 9,9$ лет). При изучении медицинского анамнеза выявлено, что у 385 (73,2%) чел. ОИМ развился впервые, у 141 (26,8%) больного – повторно. Около половины больных с ОИМ – 246 (46,8%) были госпитализированы в 1-е сутки заболевания, из них в первые 12 часов – 140 (56,9%), на 2–3 сутки – 107 (20,3%) пациентов, в 1 месяц от начала симптомов – 142 (26,9%) и более чем через месяц – 31 (5,9%) больной. Из 526 госпитализированных Q-волновой ОИМ перенесли 429 (81,2%) пациентов, не-Q-волновой – 99 (18,8%). Среднее пребывание больного в стационаре составило $11,4 \pm 3,3$ дня, причем с Q-волновым ОИМ $11,7 \pm 3,4$ дня, с не-Q-волновым – $10,0 \pm 2,4$ дня. По результатам исследования физическая реабилитация проводилась индивидуально под контролем инструктора по лечебной физкультуре 517 (98,3%) больным. Сроки активизации: вертикализация на 2 сутки проведена 509 (96,8%) больным, позднее 2 суток – 17 (3,2%), ходьба в палате на 3–4 сутки – 507 (96,4%), позднее 4 суток – 19 (3,6%), ходьба по коридору на 6 сутки – 509 (96,8%), позднее 6 суток – 17 (3,2%) больным. Психологический аспект реабилитации врачом психотерапевтом проведен только 105 (20,0%) пациентам с ОИМ, хотя учитывая личностные особенности и особенности их психического статуса в результате заболевания число нуждающихся в психологической

реабилитации гораздо выше. Медицинский аспект реабилитации включал гипополипидемическую диету, которая была назначена 523 (99,4%) больным и медикаментозную терапию. Группы лекарственных препаратов назначенные в стационаре: тромболитики (126 чел. — 29,4%), антиагреганты (510 чел. — 97%), антикоагулянты (476 чел. — 90,5%), бета-адреноблокаторы (486 чел. — 92,4%), антагонисты кальциевых каналов (308 чел. — 58,6%), статины (438 чел. — 83,3%), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (420 чел. — 79,8%), антагонисты рецепторов ангиотензина II (32 чел. — 6,1%), нитраты (477 чел. — 90,7%), сердечные гликозиды (42 чел. — 8,0%), амиодарон (23 чел. — 4,4%), диуретики (250 чел. — 47,5%). Коронароангиография проведена лишь 81 (15,5%) больному, из них ангиопластика со стентированием — 36 (44,4%) пациентам.

Выводы: у больных с ОИМ недостаточно широко используются инвазивные методы диагностики и лечения. Физические методы реабилитации в стационаре используются достаточно широко, в то время как, психологические, с участием психотерапевта довольно редко. Низкий процент использования тромболитической терапии связан с поздним обращением пациентов за медицинской помощью.

169 ОСОБЕННОСТИ СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ КБС

Мухтаренко С. Ю., Мураталиев Т. М.

Национальный Центр Кардиологии и Терапии, Бишкек, Кыргызстан

Цель. Изучить особенности субъективного контроля личности (УСК) у больных коронарной болезнью сердца (КБС).

Материал и методы. Методикой определения уровня субъективного контроля личности (методика УСК) обследовано 96 больных (58 мужчин и 38 женщин), средний возраст — 51,78±8,20 лет, с различными формами КБС (34 — нестабильной стенокардией, 23 — острым инфарктом миокарда, 36 — стенокардией напряжения II—III ФК по Канадской классификации кардиологов, 3 — безболевого ишемией миокарда). У 73 больных определяли уровень алекситимии по методике TAS.

Результаты. Общий балл по шкале общей интернальности методики УСК в группе 96 больных составил 22,75±21,01, по шкале интернальности в области достижений — 6,71±8,46, в области межличностных отношений — 2,71±4,87, в области неудач — 4,10±7,21, в области здоровья — 3,73±3,89, в области семейных отношений — 3,22±6,59, в области производственных отношений — 6,94±7,13. Общий балл по методике TAS составил 71,77±11,09. Для определения процентного соотношения интерналов и экстерналов сырые баллы были переведены в проценты. У 28 (29,2%) больных КБС отмечался интернальный, у 68 (70,8%) — экстернальный тип по шкале общей интернальности методики УСК. По шкале интернальности в области здоровья — интернальный тип УСК встречался у 43 (44,8%), экстернальный — у 53 (55,2%) больных. Необходимо отметить, что в обеих вышеперечисленных группах больных (данные по шкале интернальности в области здоровья) значения уровня алекситимии по шкале TAS соответствовали верхней границе промежуточного типа и приближались к уровню алекситимичных личностей. Высокая частота встречаемости интернального типа УСК в по шкале интернальности области здоровья рассматривается нами не только как степень активности собственных усилий пациента, направленных на выздоровление и готовность к сотрудничеству, но и как стремление при обследовании к созданию социально одобряемого адаптационного образа «Я» в ситуации болезни (учитывая данные по частоте встречаемости интерналов по шкале общей интернальности методики УСК).

Заключение. Уровень субъективного контроля личности, в особенности в области здоровья, необходимо учитывать при планировании психокоррекционных и реабилитационных мероприятий у больных КБС.

170 СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Никифорова Т. И., Бадтиева В. А.

ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии Минздрава России», Москва, Россия

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в лечении больных артериальной гипертензией (АГ), проблема поиска эффективных методов реабилитации и вторичной профилактики больных АГ требует дальнейших разработок.

Цель: оценка эффективности использования физических тренировок в бассейне в комплексе с магнитотерапией и общими йодобромными ваннами в лечении больных АГ I — III стадии, 1—II степени, риск 3—4.

Методы исследования: общеклиническое обследование, суточное мониторирование АД, объемная компрессионная осциллометрия, исследование липидного спектра крови.

Под наблюдением находились 60 больных: 20 мужчин и 40 женщин в возрасте 64,6±1,2 года, с длительностью АГ — 15±0,7 лет. 1 группа (30 человек) получала курс, включающий «бегущее» импульсное низкочастотное магнитное поле от аппарата «ПОЛИМАГ-01» и общие йодобромные ванны. Во 2 группе — (30 человек) лечебный комплекс наряду с применением «бегущего» импульсного низкочастотного магнитного поля и общих йодобромных ванн включал физические тренировки в бассейне.

Результаты. В 1 группе больных отмечено снижение САД с 145,0±2,14 до 126,25±1,07 мм рт.ст., на 13%, ($p < 0,01$); ДАД — с 91,67±1,07 до 77,5±2,14 мм рт.ст., на 16%, ($p < 0,01$). ЧСС уменьшилась с 74,67±1,71 уд/мин. до 64,67±0,8 уд/мин., на 15%, ($p < 0,01$). Отмечена тенденция к снижению сердечного выброса с 5,86±0,12 до 5,5±0,04 л/мин., ($p < 0,1$). При анализе уровня липидов общий холестерин снизился с 6,9±0,18 до 5,8±0,12 ммоль/л, на 15,5%, ($p < 0,05$), ЛПНП — с 4,76±0,13 до 4,2±0,18 ммоль/л, на 12%, ($p < 0,05$), триглицериды с 2,03±0,13 до 1,83±0,12 ммоль/л, на 10%, ($p < 0,05$), коэффициент атерогенности — с 4,2±0,267 до 3,87±0,14 ммоль/л, на 8%, ($p < 0,05$).

Во 2 группе больных отмечено усиление гипотензивного эффекта: снижение среднесуточного САД, ($p < 0,05$), среднедневного САД со 142,9±2,5 до 135,8±3,1 мм рт.ст., ($p < 0,01$) среднечасового САД со 136,95±2,6 до 119,8±2,6 мм рт.ст., ($p < 0,01$), урежение ЧСС с 73,67±1,71 до 64,7±0,8 уд/мин., на 15%, ($p < 0,01$). Индекс времени гипертензии снизился в дневное и ночное время, ($p < 0,01$), соответственно для САД и ДАД, снизилась повышенная вариабельность САД за сутки на 31%, ($p < 0,01$), ДАД — на 30% ($p < 0,01$). Отмечено снижение линейной скорости кровотока с 37,33±0,8 до 34,3±0,4 см/с, на 9% ($p < 0,05$), снижение скорости пульсовой волны с 1097,3±31,9 до 1012,0±8,8 см/с, на 8%, ($p < 0,01$). снижение Общий холестерин снизился с 6,8±0,16 до 5,6±0,13 ммоль/л, на 18%, ($p < 0,02$), ЛПНП — с 4,91±0,12 до 4,11±0,15 ммоль/л, на 17%, ($p < 0,01$), триглицериды с 2,01±0,11 до 1,45±0,17 ммоль/л, на 18%, ($p < 0,02$), коэффициент атерогенности — с 4,16±0,36 до 3,64±0,12 ммоль/л, на 16%, ($p < 0,01$).

Выводы: включение в лечебные программы физиотерапевтического лечения физических тренировок в бассейне значительно повышает терапевтическую эффективность за счет потенцирования гипотензивного, симпатолитического и липолитического действия факторов.

171 ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕРВАЛЬНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК В ВОДЕ В КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММАХ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ

Отто М. П., Стяжкина Е. М., Бадтиева В. А.

ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва, Россия

Современные взгляды на ведение больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями предполагают обязательное включение в план немедикаментозных мероприятий физической реабилитации, как важнейшего условия первичной и вторичной профилактики.

Цель: разработка комплексной программы реабилитации больных ИБС с сопутствующей гипертонической болезнью (ГБ), включающей лечебную гимнастику в бассейне с интервальными физическими тренировками, магнитотерапию воротниковой области, йодобромные ванны.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 40 больных ИБС, стенокардией напряжения I–II ФК с сопутствующей ГБ II стадии, 2 ст, 3–4 ст. риска сердечно-сосудистых осложнений, в возрасте $63,5 \pm 5,3$ лет, из них 28 мужчин и 12 женщин. Проводились: суточное мониторирование АД, холтеровское мониторирование ЭКГ, велоэргометрия, объемная компрессионная осцилометрия, оценка липидного спектра и психологического статуса.

Результаты. Реабилитационный комплекс оказывал положительное влияние на клинические проявления заболевания и функциональное состояние сердечно-сосудистой системы наблюдаемых пациентов. Выявлена экономизация сердечной деятельности: отмечено урежение ЧСС в покое с $75,21 \pm 1,5$ до $61,3 \pm 2,9$ уд/мин, $p < 0,01$, уменьшение «двойного произведения» в покое с $129,1 \pm 4,0$ до $92,6 \pm 2,3$ у. ед., $p < 0,01$. Снизились общее периферическое сопротивление (постнагрузка) в покое, наряду с увеличением УИ, что свидетельствует о гемодинамической разгрузке сердца. Гипотензивный эффект выражался в уменьшении показателей разовых измерений АД: САД с $175,3 \pm 4,3$ до $142,1 \pm 6,9$ мм.рт.ст. ($p < 0,01$) и ДАД с $107,1 \pm 3,9$ до $83,7 \pm 2,4$ мм.рт.ст. ($p < 0,01$) и данных суточного мониторирования АД: снижением дневных, ночных и среднесуточных показателей САД и ДАД, показателя «нагрузки давлением» САД и ДАД, величины утреннего подъема САД ($p < 0,05$). Отмечено увеличение физической активности: о чем свидетельствуют результаты, полученные расстояние при выполнении теста с 6-минутной ходьбой увеличилось с $353,7 \pm 9,7$ м, до $420,5 \pm 10,5$ м $p < 0,01$.

Снизился уровень холестерина на 29%, липопротеидов низкой плотности на 27%, увеличился уровень липопротеидов высокой плотности на 23%. Улучшился психологический статус пациентов.

Таким образом, разработанный реабилитационный комплекс для больных ИБС с сопутствующей АГ повышает толерантность к физической нагрузке и физическую активность, способствует экономизации сердечной деятельности, гемодинамической разгрузке сердца и снижению постнагрузки, повышает физическую активность, корректирует липидный спектр, нормализует психологический статус, в конечном итоге улучшает качество жизни пациентов и снижает риск сердечно-сосудистых осложнений.

172 ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ИБС ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Репин А. Н.¹, Сергеенко Т. Н.¹, Лебедева Е. В.², Нонка Т. Г.¹, Крылов А. Л.¹

¹ ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск; ² ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН, Томск, Россия

Введение. Результаты ряда исследований (В. П. Зайцев, 1997; Н. В. Погосова, 2000) свидетельствуют, что низкие показатели качества жизни и потери трудоспособности у больных, перенесших операцию АКШ, в значительной мере связаны с психологическими факторами, что обуславливает необходимость проведения у них психологической реабилитации.

Цель: оценить влияние реваскуляризации миокарда в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде на развитие тревожно-депрессивных расстройств у больных хронической ИБС.

Материал и методы. Обследовано 390 больных хронической ИБС, поступивших в отделение реабилитации больных

НИИ кардиологии СО РАМН. На основании обследования больные были распределены на 3 группы: 1-я группа консервативной терапии ($n = 218$), 2-я группа эндоваскулярного лечения ($n = 116$) и 3-я группа оперативного вмешательства (АКШ) ($n = 56$). При поступлении всем больным проводилось скрининговое тестирование госпитальной шкалой самооценки тревоги и депрессии (HADS). При выявлении повышенного уровня тревоги и депрессии (более 8 баллов по HADS), пациентам проводилось консультация психиатра для уточнения диагноза и определения способа коррекции тревожно-депрессивных расстройств.

Результаты. При скринировании по шкале HADS обнаружен более высокий уровень депрессии у пациентов с АКШ по сравнению с группой эндоваскулярного вмешательства: $7,1 \pm 4,1$ балл vs $5,7 \pm 3,1$ балл ($p = 0,03$). По уровню тревоги пациенты в группах не отличались ($p = 0,1$). После консультации психиатра устанавливался диагноз в соответствии с МКБ-10. Депрессивные расстройства выявлены у 25% пациентов 1-й группы, во 2-й группе — у 22% больных, у 23% пациентов 3-й группы ($p > 0,05$). Тревожные расстройства чаще наблюдались у пациентов группы оперативного лечения, чем у больных с эндоваскулярной реваскуляризацией и консервативной тактикой лечения: 23% vs 12% vs 8% соответственно ($p = 0,03$).

Заключение. Тревожно-депрессивные расстройства часто встречаются у больных ИБС (до 25%). Всем пациентам необходимо проводить скрининг для выявления психических нарушений для их раннего выявления и коррекции. Проведение операции аорто-коронарного шунтирования сопряжено с частым возникновением расстройств тревожного спектра по сравнению с консервативным и эндоваскулярным способами лечения ИБС (23%, 8% и 12%, соответственно).

173 СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Трухачева Н. В., Бадтиева В. А.

ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии», Москва, Россия

Целью данного исследования явилось научное обоснование применения «холодных» водорослевых обертываний на клинические проявления, процессы микроциркуляции, лимфодренажную функцию у больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей (ХВННК).

Методы исследований: антропометрическое исследование, лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ), реовазография.

Обследовано и пролечено 50 больных с ХВННК (1–4 стадии по международной классификации (система СЕАР, 1994)), которые были разделены на 2 группы: 1 группа (контрольная) — 23 больных получали стандартную медикаментозную терапию (приём детралекса по 1 капсуле 2 раза в день) и адекватную компрессионную терапию медицинскими эластичными компрессионными изделиями (I–II класс компрессии); 2 группа — 27 больных получали лечение с применением SPA технологий (холодных обертываний водорослями) на нижние конечности «высокие сапоги» продолжительностью 40 мин, ежедневно, на курс лечения 10 процедур на фоне стандартной медикаментозной терапии и эластической компрессии.

В результате проведенных исследований более высокая терапевтическая эффективность установлена в группе, получавшей холодные водорослевые обертывания. Установлена положительная динамика клинических показателей: уменьшение отека синдрома, о чем свидетельствовало достоверное уменьшение маллеолярного объема в нижней трети голени на 5,6% (в контрольной группе на 3,2%), уменьшение явлений воспаления в зоне трофических расстройств. Установлено уменьшение застойных явлений в нижних конечностях, улучшение венозного оттока (β) на голени на 21% ($p < 0,05$) и стопах на 16% ($p < 0,05$) (в контрольной группе имела тенденция к улучшению данных показателей).

По данным ЛДФ установлено повышение исходно сниженного тонуса артериол ($ALF/CKO \times 100\%$) на 12,3% ($p < 0,05$) (в контрольной группе на 6,4%, $p > 0,05$), уменьшение застойных явлений в венах ($AHF/CKO \times 100\%$) на 21% ($p < 0,05$) и капиллярах ($ACF/CKO \times 100\%$) на 27% ($p < 0,05$) (в контрольной группе на 13,5% и 17% ($p < 0,05$) соответственно). Повышение исходно сниженного индекса эффективности микроциркуляции на 42% ($p < 0,05$) (в контрольной группе на 23% ($p < 0,05$)) свидетельствовало об уменьшении гипоксии и улучшении перфузии тканей.

Таким образом, присоединение к стандартному медика-

ментозному лечению и эластической компрессии методов талассотерапии (холодных водорослевых обертываний) повышает эффективность консервативного лечения больных ХВННК за счет влияния биологически активных компонентов бурых морских водорослей, способствуя улучшению процессов микроциркуляции, лимфодренажной функции, периферической гемодинамики, что приводит к уменьшению гипоксии, улучшению трофики ткани, противовоспалительному эффекту и сопровождается существенной положительной динамикой состояния больного, уменьшением клинических проявлений заболевания.

VI. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

174 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И УРОВЕНЬ ОБРАЗОВАНИЯ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПОПУЛЯЦИОННОГО СКРИНИНГА В ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ

Авдеева М. В., Орел В. И., Щеглова Л. В.

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия», Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: изучить взаимосвязь уровня образования с показателями АД на примере данных, полученных при скрининговом тестировании в Центре здоровья.

Материал и методы. Обследование проводилось в Центре здоровья СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 109». АД измерялось в положении сидя после 10-минутного отдыха на правой руке. Измерение АД осуществлялось три раза с интервалом в 1 минуту. Далее рассчитывалось среднее АД из двух последних измерений. Статистический анализ данных проведен в пакете STATISTICA (6.0).

Результаты исследования. Проанализированы результаты скринингового измерения уровня АД у 2007 человек (средний возраст $50,80 \pm 16,54$ лет), обследованных в Центре здоровья в 2010 году.

Большинство посетителей Центра здоровья имели высшее (50,22%; $n=1008$) образование. Реже в Центр здоровья за информированием о факторах риска развития социально значимых неинфекционных заболеваний обращались лица со средним уровнем образования (48,78%; $n=979$). Процентное соотношение лиц с начальным образованием оказался минимальным (1,0%; $n=20$).

У 36,37% пациентов посредством массового скринингового аппаратно-программного тестирования в Центре здоровья выявлены различные кардиометаболические факторы риска социально значимых неинфекционных заболеваний. В группе лиц с высшим уровнем образования зарегистрировано более низкое систолическое АД (соответственно САД: $130,28 \pm 21,11$ vs $131,40 \pm 23,61$ мм рт.ст.) и диастолическое АД (соответственно ДАД: $83,97 \pm 12,02$ vs $84,34 \pm 12,50$ мм рт.ст.) по сравнению с группой со средним уровнем образования. Также имелись различия уровня систолического АД (соответственно САД: $130,28 \pm 21,11$ vs $153,50 \pm 18,07$ мм рт.ст.) и диастолического АД (соответственно ДАД: $83,97 \pm 12,02$ vs $91,00 \pm 12,52$ мм рт.ст.) между группой с высшим образованием и начальным образованием. При этом получены достоверные различия уровня систолического и диастолического АД между группой с высшим образованием и группой с начальным уровнем образования (соответственно САД: $130,28 \pm 21,11$ vs $153,50 \pm 18,07$ мм рт.ст. при $p < 0,01$; ДАД: $83,97 \pm 12,02$ vs $91,00 \pm 12,52$ мм рт.ст. при $p < 0,01$).

Выводы. Уровень образования может оказывать непосредственное влияние на показатели АД. Полученные данные согласуются с результатами зарубежных исследований в этой области. Более низкий уровень систолического и диастолического АД у лиц с высшим образованием по сравнению с лицами, имеющими только среднее или начальное образование, возможно, обусловлен присутствием мотивации к контролю

АД за счет информированности о роли АД в развитии сердечно-сосудистых заболеваний. Результаты исследования показали, что для профилактики АД необходимо активизировать усилия государства и общества, направленные на повышение грамотности населения по вопросам формирования здорового образа жизни.

175 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА БЛИЗОРКОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ

Александров А. С., Николаев А. В., Меткалова Л. А., Сафронова Е. С., Честнова Г. П., Елисаветская А. М., Игнатьев С. А., Барсов М. И.

ФГУ «2 ЦВКГ им. П. В. Мандрыка Минобороны России», Москва; Поликлиника № 10 мкр «Заря», Балашиха, Московская область, Россия

Цель: исследовать распространенность и структуру близорукости у беременных.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 132 беременных в возрасте $27,0 \pm 4,9$ лет. Время наблюдения — 8–9 мес. (от момента постановки на учет по беременности и до родов). Проведен многомерный статистический анализ данных состояния здоровья беременных с использованием кластерного анализа, многомерных таблиц сопряженности и непараметрических методов статистической обработки данных с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0.

Результаты. Наблюдалась высокая распространенность близорукости среди беременных — 67 чел. (50,7%) (52 чел. (39,4%) — слабой степени, 13 (9,8%) — средней степени, 2 — (1,5%).

Хронические заболевания выявлены у 75 чел. (56,8%). Наиболее часто выявлялись: заболевания мочеполовой системы — 47 чел. (35,6%), пищеварительной системы — 17 чел. (12,9%), оториноларингологические заболевания — 9 чел. (6,8%); варикозная болезнь — 8 чел. (6,1%), болезни эндокринной системы и обмена веществ — 7 чел. (5,3%), сердечно-сосудистые заболевания — 5 чел. (3,8%), заболевания органов дыхания — 4 чел. (3,0%), другие болезни — 7 чел. (5,3%). Распространенность хронической органной патологии у лиц с миопией и эмметропией была одинаковой.

Патология беременности наблюдалась у 115 чел. (87,1%): анемия беременных — у 57 чел. (43,2%), признаки гестоза — у 45 чел. (34,1%), угроза прерывания беременности — у 25,8%, токсикоз первой половины беременности — у 29 чел. (22%), синдром задержки развития плода — у 25 чел. (18,9%), фетоплацентарная недостаточность — у 21 чел. (15,9%), угроза преждевременных родов — у 10 чел. (7,6%), другая патология — у 5 чел. (3,8%). Значимых различий в распространенности патологии беременности у лиц с миопией и эмметропией не отмечалось.

Родоразрешение наблюдалось у 121 чел. (91,7%): 91 чел. (75,2%) — естественным путем, 30 чел. (24,8%) — путем кесарева сечения. Роды наступали в сроки от $37,8 \pm 1,8$ нед. до $38,5 \pm 1,8$ нед. Масса тела новорожденных составила

3395,3±489,1 гр., рост — 51,6±2,7 см. Группы лиц с миопией и эмметропией не различались по особенностям родоразрешения.

Выводы. 1. Распространенность близорукости у беременных составила 50,7% (слабой степени — 39,4%, средней степени — 9,8%, высокой степени — 1,5%).

2. У беременных отмечалась высокая распространенность хронической органной патологии (56,8%) и патологии беременности (87,1%). 3. Не отмечалось значимых различий в течении беременности у лиц с эмметропией и миопией.

176 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ ГОРОДСКОГО И СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ, ПО ДАННЫМ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Гагина Т. А., Корнева Ф. Н., Важенин Д. А., Арифуров А. В.
ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздравсоцразвития России, Тюмень, Россия

В настоящее время доказана тесная связь самых распространенных неинфекционных заболеваний с условиями и образом жизни людей и общеизвестными факторами риска. Установлена возможность эффективной профилактики неинфекционных заболеваний путем взятия под контроль модифицируемых факторов риска. Научной основой функционирования Центров здоровья (ЦЗ) стала концепция факторов риска.

Цель исследования: оценить распространенность факторов риска хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) среди городских и сельских пациентов, прошедших комплексное обследование в Центрах здоровья для взрослых.

Методы исследования: проведен сравнительный анализ данных отчетной формы № 68 и мониторинга факторов риска городского и сельского центров здоровья за 2011 год. Статистическая обработка программа STATISTICA.

Результаты исследования: в 2011 году комплексные осмотры в ЦЗ прошли 6,95% населения Тюменской области, в городском ЦЗ — 6500 человек (5,2% прикрепленного населения), в сельском ЦЗ — 4114 человек (8,5% прикрепленного населения). Среди осмотренных городских жителей 47% признаны здоровыми, среди сельских жителей — 51%. Выявлены признаки заболевания у 31% осмотренных городских жителей, у 15% ($p < 0,05$) сельских жителей, пациенты с выявленными признаками заболеваний, направлены на прием к врачам специалистам. Пациенты с факторами риска ХНИЗ среди городских жителей составили 22%, среди сельских — 34% ($p > 0,05$). Сравнительный анализ распространенности факторов риска среди городского и сельского населения дал следующие результаты: изменения при скрининг-оценке уровня психофизиологического и соматического здоровья выявлены у 32% городских пациентов и у 45% ($p < 0,05$) сельских пациентов; проблемы при компьютеризированной скрининг-оценке сердца выявлены у 7% городских жителей и у 38% ($p < 0,05$) сельских жителей; система ангиологического скрининга с измерением систолического артериального давления и расчетом плечелодыжечного индекса не выявила достоверных различий между городом и селом, патология выявлена у 5% обследованных; обследования на спирометре выявили нарушения показателей функции дыхания у 3% городских жителей и у 18% ($p < 0,05$) сельских; избыток массы тела определили у 33% городских жителей и у 17% ($p < 0,05$) сельских; табакокурение зарегистрировали у 24% пациентов городского ЦЗ и у 12% ($p < 0,05$) в сельском ЦЗ.

Выводы: доля пациентов, признанных здоровыми, не отличалась среди городского и сельского населения; пациентов с факторами риска больше выявили в сельском ЦЗ; по структуре факторов риска среди сельского населения чаще выявляли проблемы при компьютеризированной скрининг-оценке сердца и при исследовании на спирометре; среди городских жителей чаще выявляли табакокурение и избыток

массы тела. Для проведения детального анализа отчета о работе ЦЗ, в форме № 68 необходима разбивка по полу и возрасту.

177 ПОЭТАПНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Лещенко И. Ж., Воробьева Е. Н., Дорофеев Ю. Ю., Недосеко О. В.

КГБУЗ Диагностический центр Алтайского края; ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России; Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Алтайского края, Барнаул, Россия

Цель: разработка поэтапной системы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Методы исследования: оценка факторов риска ССЗ путем анкетирования, опроса, антропометрии, лабораторных, клинических и функциональных методов. Поэтапно обследуются пациенты в рамках дополнительной диспансеризации, лица группы риска по развитию преждевременных осложнений ССЗ (сочетание 2 и > факторов риска), с выраженной и/или наследственной гиперхолестеринемией, высоким риском по результатам МСКТ и др.

Полученные результаты: с учетом требований Всероссийского научного общества кардиологов о важности проведения мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) для раннего выявления атеросклеротического поражения сосудов у лиц трудоспособного возраста была создана компьютерная программа «Расчет сердечно-сосудистого риска (CORONARY RISK DCAK)» (2011, № 2012619875), которая интегрирует сведения о наличии всех имеющихся факторов риска (ФР) ССЗ и показателей МСКТ. После обязательного этапа скрининга ФР ССЗ проводится расчет фатального риска ССЗ — SCORE. При наличии величины риска SCORE $\geq 5\%$ пациентам назначается исследование современных показателей риска осложнений ССЗ (высокочувствительный СРБ, Апо А1, Апо В и др.), дополнительные инструментальные методы обследования, консультации различных специалистов и рекомендуются не- и медикаментозные методы профилактики с последующим мониторингом, при необходимости оказывается высокотехнологичная помощь в лечебно-профилактических учреждениях края. При оценке полученных данных выявлено, что в среднем 15% обследованных нуждаются в агрессивных методах профилактических вмешательств.

Выводы. Результаты свидетельствуют, что разработанная система специализированной службы поэтапного и комплексного выявления факторов риска ССЗ, определения коронарного риска, интеграции и преемственности действий врачей различных специальностей по диагностическим и превентивным мерам позволяет направленно и эффективно назначать рекомендации по первичной (вторичной) профилактике ССЗ в виде модификации двигательного, пищевого и поведенческого режимов, медикаментозной терапии, а также активно привлечь население к решению проблем, связанных с сохранением здоровья.

178 РОЛЬ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У НАСЕЛЕНИЯ

Мартиросян С. М.¹, Федорова Н. П.¹, Иванова Н. В.²

Центр здоровья МУЗ ГБ № 2 «КМЛДО»¹; ГБОУ ВПО Кубанский государственный медицинский университет², Краснодар, Россия

Согласно данным первого доклада экспертов Научного общества по изучению артериальной гипертонии Всероссийского научного общества кардиологов и Межведомственного совета по сердечно-сосудистым заболеваниям (ДАГ 1) стандартизированная по возрасту заболева-

емость артериальной гипертензией составляет 39,2% среди мужчин и 41,1% у женщин, при этом распространенность в старших возрастных категориях превышает 80%. В связи с этим необходимость выявления данной патологии возрастает многократно, если учесть неблагоприятные исходы гипертонической болезни.

Цель исследования: выявить наличие гипертонической болезни (ГБ) и факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у обратившихся в центр здоровья.

Материал и методы исследования. В декабре 2009 г на базе второй городской больницы г. Краснодара был открыт "Центр здоровья". За время работы в течение 2 лет в центре прошли обследование 33 799 человек, при этом 2/3 из них (24 464) были приняты по самообращению. 74,3% обратившихся в центр составили женщины, а в группе 60 лет и старше (самой многочисленной) их доля была еще выше — 77,5%. При обследовании в центре проводилось анкетирование по режиму дня, питания, соблюдению здорового образа жизни, наличия производственных вредностей, определению артериального давления (АД), индекса массы тела (ИМТ), глюкозы крови, холестерина, выявление курящих пациентов и определение у них в выдыхаемом воздухе угарного газа.

Результаты исследования. Повышение АД в целом по группе зарегистрировано у 26,4% мужчин и 29,7% женщин, при этом у лиц пожилого возраста этот показатель был выше: 30,1% у мужчин и 37,8% у женщин. Среди ФР у больных следует отметить гиподинамию (76,9% мужчин и 78,0% женщин), наличие ожирения (ИМТ 30,0 и выше выявлен у 32,1% мужчин и у 42,1% женщин), что напрямую связано с высокой калорийностью питания: преобладание углеводов у 72,3% мужчин и 49,1% женщин. Гипергликемия выявлена у 8,4% с повышенным АД без существенных различий по половому признаку. Достаточно часто у больных с ГБ определялась гиперхолестеринемия, причем ее наличие было достоверно выше у женщин (64,8% против 44,2% у мужчин, $p < 0,05$). Курение отмечалось достоверно чаще у мужчин (курили 20,5% мужчин и 6,7% женщин, $p < 0,05$). Сочетание ФР ССЗ было почти одинаковым в группах мужчин и женщин, за исключением наличия четырех ФР: у мужчин они встречались в 3,9% случаев, у женщин — в 0,9%, $p < 0,05$). Сочетание двух ФР в целом по группе отмечено у 65,7%, трех ФР — у 32,7% обследованных.

Таким образом, открытие и функционирование центра здоровья позволяет выявить ГБ у 1/3 обратившихся, а наличие факторов риска ССЗ — более, чем у половины обследованных. Полученные результаты используются нами для формирования слушателей школ: здорового образа жизни, профилактики и лечения ГБ, что позволит предупредить серьезные осложнения ССЗ и снизить показатели инвалидности и смертности среди взрослого населения.

179 ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КУРЕНИЯ В ГРУППАХ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН ПРИШЛОГО И КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ ЯМАЛА

Маценко Т. Г.¹, Георгиу Е. Е.¹, Туровина Е. Ф.², Гагина Т. А.²

¹ ГБУЗ «Салехардская окружная клиническая больница», Салехард; ² ГБОУ ВПО Тюменская Государственная медицинская академия Минздравсоцразвития, Тюмень, Россия

Для улучшения состояния здоровья жителей Крайнего Севера необходимо выявление модифицированных факторов риска (ФР) и проведение первичной профилактики заболеваемости населения.

Цель: оценить распространенность табакокурения у молодых женщин ямалского севера с целью последующей организации профилактических мероприятий.

Методы исследования: в 2011 г. организован проспективный анализ результатов работы Центра здоровья ГБУЗ «Салехардская окружная клиническая больница». Оборудование: аппаратно-программный комплекс для скрининг-оценки уровня здоровья, кардиовизор, система ангиологического скрининга, спирометр, экспресс-анализатор для

определения общего холестерина и глюкозы в крови, smoke-лайзер, пульсоксиметр, биоимпедансметр. Для выявления никотиновой зависимости применяется тест Фагерстрёма.

Результаты: изучение распространенности табакокурения проводилось в двух группах. Первая группа ($n=53$) — представители пришлого населения: русские, татары, украинцы, азербайджанцы, кумыки. Вторая группа ($n=53$) — представители коренных малочисленных народов Севера: ненцы, ханты, коми.

Табакокурение стоит на втором месте по распространенности в обеих исследуемых группах после низкой физической активности. У женщин-представителей пришлого населения курение встречается в 62,3%, у девушек — представителей коренной национальности — в 39,6% ($p < 0,05$). Никотиновая зависимость сформировалась у 75,8% курящих женщин первой группы, у 76,2% женщин второй группы. Среднее количество выкуренных сигарет в сутки — 10 штук в первой группе, во второй группе — 6 штук. 92% некурящих девушек обеих групп подвергаются пассивному курению, что подтверждается повышенным уровнем угарного газа по данным smoke-лайзера и карбоксигемоглобина. Как результат влияния ФР, в том числе курения, у курильщиков обнаружены функциональные отклонения: гипоксические изменения в миокарде у 18,9% женщин пришлого населения и у 7,5% женщин коренной национальности ($p < 0,05$), умеренные рестриктивные дыхательные нарушения у 26,4% исследуемых в первой группе и у 20,8% — во второй группе.

Выводы: в условиях Заполярья отмечается высокая распространенность табакокурения среди женщин молодого возраста, являющегося фактором риска заболеваемости и снижения репродуктивного потенциала, что требует активного внедрения и совершенствования мероприятий в рамках программы по улучшению демографической ситуации региона.

Распространенность курения и, как результат, функциональных изменений организма, чаще встречаются в группе женщин пришлого населения, что требует разработки специальных оздоровительных программ для детей и подростков, прибывших для проживания из средних широт в высокие широты.

180 КАРТА НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ С СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ-ВАЖНЫЙ ФАКТОР КАЧЕСТВА ДОГОСПИТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Морозов С. Н.

ГБОУ ВПО МГМСУ, Москва, Россия

Для решения проблемы отсутствия ретроспективной информации о больном экспериментально в 2010 году на ССМП г. Якутска был создан архиватор данных в виде «Карты наблюдения за сердечно-сосудистыми больными», направленный на мотивацию больного сохранять данные о истории его болезни при себе, а также ознакомление с критическими состояниями и методами самопомощи, правильной тактикой вызова скорой медицинской помощи (СМП) больными.

Цель исследования: изучение внедрения архиватора данных о состоянии здоровья пациента с сердечнососудистыми заболеваниями (ССЗ).

Материал и методы: объектом исследования стали 300 больных с ССЗ, такими как артериальная гипертензия (АГ) АГ 2–3 степени, с кризовым течением, ишемическая болезнь сердца (ИБС) с ангинозными приступами, наличием инфаркта миокарда (ИМ) или ОНМК в анамнезе, которым в 2010 году, после обучения врачом СМП, были выданы архиваторы и пояснен способ их заполнения. Средний возраст больных составлял $59 \pm 4,5$ лет. Исследуемым больным в 2011 году проведен ретроспективно опрос по телефону.

Результаты: опрос удалось провести у 217 пациентов (72,3%), включенных в исследование. Из них, с диагнозом АГ

2–3 степени 125 больных (41,6%): мужчин 55 (44%), женщин 70 (56%); диагнозом ИБС: 175 (58,3%): мужчин 72 (41%); женщин 103 (59%). 59,9% больных из опрошенных пользуются картой, у 55,2% пациентов пополнились знания о ССЗ и изменилось представление о необходимости лечения, у 39,3% больных возникла мотивация регулярно принимать гипотензивные, антиагреггационные препараты. Среди лиц, среднего возраста 40–59 лет, ($n=102$, 47%) 16 (15,6%) больных находились на диспансерном учете в поликлинике по месту жительства, остальные же 84,4% не состояли на учете у врача. В группе больных старше 60 лет ($n=115$, 52,9%) только 24 (20,9%) больных состояли на диспансерном учете. Из всех опрошенных до первичного обращения на СМП: 64 (29,4%) пациентов получали периодическое лечение в муниципальных поликлиниках, 27 (12,4%) больных периодически обращались в коммерческие поликлиники в связи с обострением заболевания, 91 (41,9%) получали лечение только по обращениям на СМП, а 16,3% из иных источников (самолечение, совет друга, из средств массовой информации). Если врач СМП встречается с больным, который пользуется архиватором: снижается время обслуживания пациента, при возникновении urgentной ситуации, происходит более быстрое принятие решения по лечебной тактике ведения пациента с ССЗ.

Выводы: большинство пациентов в связи с низкой информированностью об осложнениях заболевания поздно обращаются за медицинской помощью. Избежать их возникновения помогает личный медицинский архиватор имеются веские доводы для внедрения и мотивации к использованию таких архиваторов на догоспитальном этапе на всех станциях скорой помощи РФ.

181 РАЗВИТИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ В РОССИИ ПО ОЦЕНКЕ ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СУБЪЕКТОВ РФ

Муромцева Г. А., Потемкина Р. А., Глазунов И. С., Усова Е. В., Соловьева И. М.

ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Введение. В последнее время основное внимание российского здравоохранения нацелено на усиление профилактики неинфекционных заболеваний (НИЗ), включая программы первичной профилактики (ППП) среди населения. Цель исследования: выяснить реальное состояние развития ППП в России в 2010–2011 гг.: их наличие, степень финансовой и нормативно-правовой поддержки (НПП), условия для их осуществления.

Материалы и методы. Для сбора информации главным внештатным специалистам по профилактической медицине 62 из 83 субъектов РФ (регионов) был разослан специальный Опросник. Ответы получены от 46 регионов 8 ФО (отклик – 74,2% от охваченных, или 55,4% от существующих, субъектов РФ).

Результаты. 1. По данным респондентов, от 17 до 39 регионов реализуют ППП НИЗ: сердечно-сосудистых (84,8%), онкологических (82,6%), бронхолегочных заболеваний (37,0%), сахарного диабета (76,1%); а также их факторов риска (ФР): артериальной гипертензии (АГ, 65,2%), избыточного потребления алкоголя (50,0%), курения (41,3%), низкой физической активности (28,3%), нерационального питания (23,9%), отрицательного влияния стресса, гиперхолестеринемии, ожирения (17,4–13,0%). Предпочтение отдается интегральным ППП нескольких ФР (программы здорового образа жизни). 2. Финансирование и НПП региональных ППП недостаточная, при этом региональная поддержка выше, чем федеральная. Количество ППП, подкрепленных региональной НПП, составляет от 43,5% до 82,6–84,6% относительно количества регионов, реализующих ППП данного ФР, количество программ с федеральной поддержкой – от 8,7% до 36,8%. 3. Степень развития региональных ППП НИЗ оценена организаторами здравоохранения в 1–3 или 4–7 баллов из 10 возможных. Более

8 баллов удостоены на индивидуальном уровне воздействия лишь программы АГ и гиперхолестеринемии, на популяционном – АГ, избыточного потребления алкоголя, интегральные программы. 4. Степень достаточности административной поддержки, межсекторального сотрудничества и наличие НПП при реализации региональных ППП была оценена в среднем в $6,9 \pm 3,0$, $6,5 \pm 3,0$ и $6,0 \pm 2,9$, соответственно; наличие квалифицированных кадров – в $5,6 \pm 2,7$; а финансирование и материально-техническое обеспечение – в $5,1 \pm 3,5$ и $5,1 \pm 2,6$ балла, соответственно. 5. Партнерами в проведении ППП (всего названо 183) чаще всего являлись представители высшего руководства региона: правительство, министерства или Государственные комитеты (59,6%); профильные учреждения и ВУЗы, как правило, медицинского профиля (16,9%); некоммерческие структуры и общественные организации – (12%); администрации территориальных структур (района, города и т.п.) и частные лица (5–6%). Профессионально партнеры представляли образование (24,2%), здравоохранение (16,0%), спорт и туризм (13,5%). Участие СМИ в освещении реализации ППП составило лишь 7,1%.

Заключение. В России при реализации ППП НИЗ приоритет у сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний и сахарного диабета и интегральных программ профилактики ФР. Финансирование, НПП и поддержка СМИ, по мнению организаторов здравоохранения, недостаточны.

182 АНАЛИЗ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ВРАЧЕЙ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА

Попонина Т. М.¹, Комарова М. Г.²

¹ ГБОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития России, ² ФГУ НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Цель: изучить информированность врачей амбулаторного звена в отношении критериев факторов риска (ФР) развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), показатели их здоровья и готовность к проведению профилактических мероприятий.

Материал и методы. Данные были собраны методом анкетирования врачей терапевтических специальностей амбулаторного звена г. Томска. Применялся опросник, разработанный ФГУ ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий. В опросе участвовали 82 врача шести поликлиник г. Томска. Анкеты заполнялись самостоятельно, анонимно. Среди респондентов 93,9% составили женщины, 3,7% – мужчины, 2,4% пол не указали. Средний возраст опрошенных составил $42,2 \pm 19,8$ лет.

Результаты. На вопрос о состоянии своего здоровья 50% врачей ответили «Не совсем здоров», по 19,5% – «Здоровье хорошее» и «Здоров», «Болен» – 9,8%. В течение последней недели измеряли свое артериальное давление (АД) 53,7%, в течение последнего месяца – 35,4%, в течение последних 12 месяцев – 4,9%, несколько лет назад – 1,2% и ответили «Не помню» – 4,9%. Уровень систолического АД менее 130 мм рт.ст. имели 57,3%, 130–139 мм рт.ст. – 8,5%, 140–159 мм рт.ст. – 13,4%, 160–179 мм рт.ст. – 2,4%, 180 мм рт.ст. и более – 1,2%, у 14,6% АД менее 110 мм рт.ст., 2,4% не ответили. Диастолическое АД (ДАД) менее 90 мм рт.ст. имели 80,5%, у 17,1% ДАД составляло 90–100 мм рт.ст., 2,4% не ответили. Уровень глюкозы крови более 5,5 ммоль/л имели 15,9% респондентов, уровень общего холестерина более 5 ммоль/л – 20,7%. Определение индекса массы тела (ИМТ) показало, что 40,2% респондентов имели нормальный вес, 35,4% – избыточную массу тела, 13,4% – ожирение I ст., 4,9% – ожирение II ст., 3,7% – ИМТ < 18,5 кг/м². Для 100% респондентов проведение профилактической работы являлось обязательным. Лечебную работу наиболее важной считали 43,9%, для 26,8% респондентов более значимым являлось профилактическое воздействие, для 29,3% – оба направления. Крайне необходимым считали воздействие на факторы риска 95% респондентов, затруднились ответить 3,7%, 1,2% отметили, что это не обязательно. Методические материалы по профилактике ССЗ на рабочем столе имели 83%. Регулярно выполняли эту работу 57,3%. Среди тех, кто ответил отрицательно, 42,7%

сослались на отсутствие свободного времени, вызванное загруженностью лечебно-диагностическим процессом. На этапе опроса респондентам было предложено указать значения АД, которые они считают повышенными. В качестве повышенного систолического АД 69,5% отметили 140 мм рт.ст., 12,2% — 130 мм рт.ст., по 4,9% — 150 и 120 мм рт.ст., 3,7% — 145 мм рт.ст., 2,4% — 149 мм рт.ст. и по 1,2% — 160 и 139 мм рт.ст.

Заключение. Таким образом, обращает на себя внимание низкая информированность врачей амбулаторного звена в отношении диагностических критериев основных ФР, в частности, АД; недостаточно осознанное отношение к собственному здоровью и мерам профилактики среди врачей амбулаторного звена, что говорит о необходимости просвещения, прежде всего, самих медицинских работников по вопросам предупреждения и лечения ССЗ.

183 ЦЕНТРЫ ЗДОРОВЬЯ – ОСНОВА НАЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ МОНИТОРИНГА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Решетников И. С.

«Медицинские компьютерные системы», Москва, Россия

В течение 2009–2011 гг в России создана инновационная структура — система Центров здоровья. Ее создание ознаменовало переход российского здравоохранения на новую трехуровневую систему организации «центр здоровья — поликлиника — стационар» вместо существовавшей ранее двухуровневой — «поликлиника — стационар».

Впервые в современной России приоритет отдается усилиям именно по профилактике в борьбе с основными причинами сверхсмертности россиян — хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ). Значительные улучшения в состоянии здоровья населения должны быть достигнуты, прежде всего, за счет ранней диагностики факторов риска развития основных ХНИЗ и их первичной и вторичной профилактики, а не за счет дорогостоящих и технически сложных методов лечения уже заболевших людей.

В основу работы Центров Здоровья положены принципы использования современных информационных и инструментальных методик, основной особенностью которых является высокая пропускная способность в сочетании с высокой достоверностью выявления значимых отклонений. Это обусловлено внедрением ряда инновационных диагностических комплексов, позволяющих проводить интегральную оценку состояния, как функций организма в целом (биоимпедансометрия и вариабельность сердечного ритма), так отдельных органов и систем (газоанализ и спирография — для легочной системы, анализ микроальтераций ЭКГ — для оценки электрофизиологической функции сердца, доплеровское определение градиентов артериального давления в конечностях — для оценки риска обструктивных заболеваний сосудов).

Главной особенностью инструментального скрининга в Центрах здоровья, обеспечивающего высокую степень достоверности результатов, являются автоматизированные сравнения полученных индивидуальных результатов обследований по каждой методике с референтными базами данных должных величин, характерных для популяционных норм или отклонений, с одновременным учетом половозрастных и антропометрических характеристик. Значимые различия индивидуальных показателей с должными величинами позволяют с высокой вероятностью выявлять целый ряд заболеваний, находящихся в скрытой стадии, когда при отсутствии клинических данных, классические инструментальные методики являются малоинформативными.

Кроме этого, созданный по заказу Минздравсоцразвития РФ, Программный комплекс Центров здоровья позволяет автоматизировать не только процесс самого скрининга за счет интеграции оборудования в единую информационную обо-

лочку, что повышает достоверность получаемой информации, но и позволяет проводить ее многофакторный анализ — индивидуальный, групповой и популяционный. Для этого созданы региональные и федеральный уровни информационной системы для сбора и обработки данных. На настоящий момент уже существует возможность проведения анализа и мониторинга не заболеваемости, а распространенности именно факторов риска в различных регионах, что в свою очередь позволит принимать упреждающие меры по их коррекции и селективной профилактике.

184 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Рягель А. С., Рямзина И. Н., Корягина Н. А.

ГБОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е. А. Вагнера» Минздравсоцразвития, Пермь, Россия

Цель исследования. Оценить распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и суммарный 10-летний риск ишемических событий с помощью шкалы Framingham у студентов медицинского ВУЗа.

Материалы и методы. В рамках национальной программы «Здоровье» в Центре здоровья г. Перми на базе ГКП № 5, был проведен анализ уровня здоровья 157 студентов (51 юноши и 106 девушек), обучающихся в ПГМА. Общеклиническое обследование включало: сбор анамнеза жизни, измерение роста, веса, определение индекса массы тела (ИМТ), измерение артериального давления (АД). Проводилось определение экспресс — методом общего холестерина (ОХС) и глюкозы, дисперсионное картирование ЭКГ (Кардиовизор), тредмил-тест на выявление толерантности к физическим нагрузкам.

Результаты. Возраст респондентов в выборке был 23,24±1,5 лет, при этом 41,4% юношей и 67,5% девушек. Молодые люди предъявляли жалобы на утомляемость (20%) и снижение работоспособности (7,8%). Девушки в большей степени отмечали снижение работоспособности (13,7%) и снижение лабильности настроения (50%). Ежедневно работают на компьютере 60% юношей и 40% девушек, в т.ч. периодически по ночам — 35% юношей и 21% девушек. Снижение физических нагрузок отметили 76% студентов, из них 45% — мужчин и 55% — девушек. Средний уровень систолического давления (САД) составлял 114,08 мм рт.ст. ± 13,2 мм рт.ст., диастолического — 72,8 мм рт.ст. ± 8,3 мм рт.ст. Среди студентов были отмечены 18,4% обследуемых с повышенным нормальным САД — 130,63±5,1 мм рт.ст., 5% студентов с артериальной гипертензией (уровень САД — 145,61±8,2 мм рт.ст.). Средняя ЧСС (срЧСС) составила 68,2 ± 9,7 уд/мин. Также отмечено, что срЧСС оказалось выше в группе студентов с повышенным нормальным САД 137,2±14,2 мм рт.ст. (p<0,05). Показатель ИМТ находился в пределах нормы — 21,6±3,8. Однако при этом 29,8% респондентов имели избыточную массу тела и 8,32% — ожирение. В среднем глюкоза крови натощак составила 5,4±0,86 ммоль/л, а ОХС — 4,2±0,97 ммоль/л. Выявлено, что у 17,19% имеется гиперхолестеринемия. Обнаружено 30% курящих, из них 45% юношей и 55% девушек. Уровень ОХС в этой подгруппе составил 4,2±0,97 ммоль/л. По данным дисперсионного картирования ЭКГ у более, чем 50% респондентов выявлены умеренные изменения миокарда желудочков, у 5% студентов — истощение функциональных резервов регулирования ритма сердца. 10-летний риск ишемических событий по шкале Framingham составил 1–5%.

Выводы. Основными факторами риска ССЗ в студенческой среде являются курение, избыточная масса тела, гиперхолестеринемия, повышенное нормальное АД и артериальная гипертензия. В 5% случаев наблюдались признаки стресса и истощения функциональных резервов. Прогнозируемый 10-летний риск ишемических событий низкий. Для улучшения состояния здоровья студентов планируются внедрение программ повышения физической активности и сбалансированного питания.

185 КЛИНИЧЕСКИЙ АУДИТ – ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ

Симоненко В. Б., Попов А. П., Паценко М. Б.,
Демьяненко А. В., Лиферов Р. А., Щур Ю. В., Егоренков М. В.,
Фисун А. Я.

ФГУ «2 ЦВКГ имени П. В. Мандрыка Минобороны России», Москва; ФГБУ «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздравсоцразвития России», Москва; филиал № 6 ФГУ «3 ЦВКГ имени А. А. Вишневого Минобороны России», Москва, Россия

Современным перспективным способом повышения эффективности профилактики и лечения заболеваний у лиц опасных профессий (ОП) является клинический аудит (КА). КА предполагает проведение циклической оценки качества медицинской помощи (КМП) с целью выявления недостатков лечебно-диагностических мероприятий для их устранения.

Цель исследования: оценить эффективность применения КА с целью повышения КМП при сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ) больным из числа лиц ОП в первичном звене здравоохранения.

Материал и методы: исследование проведено по результатам наблюдения 2540 больных из числа лиц ОП в два этапа. Первый этап был связан с детальным анализом соответствия

мероприятий первичной помощи, оказанной больным из числа лиц ОП, второй – с анализом изменений лечебно-диагностической помощи больным, разработанных в ходе первого этапа. Анализ данных о больных проводился с помощью клинических индикаторов специально разработанной ведомственной информационной автоматизированной системы «Регистр сердечно-сосудистых заболеваний у лиц ОП», которая учитывала национальные и международные рекомендации по их диагностике и лечению.

Результаты и обсуждение: результаты внедрения КА позволили повысить выявляемость факторов риска (ФР) заболеваний в 1,5 раза, поражений органов-мишеней (ПОМ) – в 1,4 раза, ассоциированных клинических состояний (АКС) – в 1,3 раза. Анализ причин невыполнения индикаторов в ходе первого этапа показал, что основная причина неоптимального КМП – несоблюдение периодичности врачебных осмотров и рекомендаций, а также низкая информированность больных в необходимости здорового образа жизни.

В дальнейшем применение КА позволило повысить КМП больным из числа лиц ОП, позволило влиять на модифицируемые ФР, повысить уровень вмешательств по изменению образа жизни и снизить персональный риск.

Выводы: внедрение КА при диагностике и лечении ССЗ у лиц ОП способствует достижению клинических целей лечения, повышению КМП. Использование КА позволяет перейти от статического контроля за проявлениями ССЗ к динамическому улучшению качества их диагностики и лечения. Проведение КА с целью повышения КМП лицам ОП должно соответствовать принятым отечественным и международным стандартам диагностики и лечения ССЗ.